

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenue publiquement le 13 octobre 2014
Par Mlle ELKHABLI Sihame**

**Dépression majeure et risque suicidaire
chez l'adolescent**

Membres du jury :

Président : M. DINE Thierry, professeur de pharmacie clinique, faculté de pharmacie de Lille 2

Assesseur(s) : M. KAMBIA Nicolas, maître de conférence en pharmacologie, faculté de pharmacie de Lille 2

Membre(s) extérieur(s) : Mme LAPORTE Annick, docteur en pharmacie à Villeneuve d'ascq

REMERCIEMENTS

A mes parents, je vous remercie pour votre amour et votre soutien depuis toutes ces années, j'ai de la chance de vous avoir. Ce travail vous est dédié.

A mes frères et sœurs, Leïla, Amel, Abdeljalil, Hasna et Hatim, merci de m'avoir soutenu, encouragé et supporté dans mes moments de stress !!

A Monsieur Dine, président du jury, merci d'avoir accepté de juger ce travail.

A Monsieur Kambia, merci d'avoir accepté de diriger ce travail, merci pour vos conseils, votre intérêt et votre disponibilité.

A Madame Laporte, merci d'avoir accepté de participer à ce jury, merci pour votre gentillesse et votre tolérance.

Au Docteur Mathieu, merci de m'avoir permis de recueillir les données du Centre Anti-poison de Lille.

A Damien du Centre Anti-poison, merci pour le temps que vous m'avez accordé.

A mes amies, Souraya, Naima, Khadija, Malika et Asmaa, merci pour ces bons moments passés ensemble, merci d'avoir toujours été là !!

A mes amis de fac, Souraya, Seb, Amer, Audrey, sans qui ces années n'auraient pas été pareilles, merci pour ces fous rires inoubliables.

A Hasna, Leïla, Soundouss et Khadija, merci pour votre contribution à l'élaboration de ce travail.



Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>



Université Lille 2
Droit et Santé

Université Lille 2 – Droit et Santé

Président :	Professeur Xavier VANDENDRIESSCHE
Vice- présidents :	Professeur Alain DUROCHER Professeur Régis BORDET Professeur Patrick PELAYO Professeur Frédéric LOBEZ Professeur Monique CAPRON Professeur Salem KACET Madame Stéphanie DAMAREY Monsieur Pierre RAVAUX Monsieur Larbi AIT-HENNANI Monsieur Edouard DANJOU
Directeur Général des Services :	Monsieur Pierre-Marie ROBERT

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques

Doyen :	Professeur Luc DUBREUIL
Vice-Doyen, 1 ^{er} assesseur :	Professeur Damien CUNY
Assesseurs :	Mme Nadine ROGER Professeur Philippe CHAVATTE
Chef des services administratifs :	Monsieur André GENY

Liste des Professeurs des Universités :

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Physique
M.	BAILLEUL	François	Pharmacognosie
M.	BERTHELOT	Pascal	Chimie Thérapeutique 1
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie – Pharmacie clinique
M.	CHAVATTE	Philippe	Chimie Thérapeutique 2
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences végétales et fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences végétales et fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Physique
M.	DEPREZ	Benoît	Chimie Générale
Mme	DEPREZ	Rebecca	Chimie Générale
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences végétales et fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie
Mlle	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie Industrielle
M.	GESQUIERE	Jean-Claude	Chimie Organique
M.	GOOSSENS	Jean François	Chimie Analytique
Mme	GRAS	Hélène	Chimie Thérapeutique 3
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques

Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie Cellulaire
M.	LUC	Gerald	Physiologie
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique 2
Mme	MUHR – TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PAUMELLE-LESTRELIN	Réjane	Biologie Cellulaire
Mme	PERROY – MAILLOLS	Anne Catherine	Droit et déontologie pharmaceutique
Mlle	ROMOND	Marie Bénédicte	Bactériologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie Industrielle
M.	STAELS	Bart	Biologie Cellulaire
M	TARTAR	André	Chimie Organique
M.	VACCHER	Claude	Chimie Analytique
<hr/>			
M.	MILLET	Régis	Chimie Thérapeutique (ICPAL)

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	BRUNET	Claude	Pharmacologie
Mme	CAPRON	Monique	Immunologie
M.	DECAUDIN	Bertrand	Pharmacie Galénique
M.	DINE	Thierry	Pharmacie clinique
M.	DUBREUIL	Luc	Bactériologie
M.	DUTHILLEUL	Patrick	Hématologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie
M.	LUYCKX	Michel	Pharmacie clinique
M.	ODOU	Pascal	Pharmacie Galénique
<hr/>			
M.	DEPREUX	Patrick	Chimie Organique (ICPAL)

Liste des Maitres de Conférences

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique 2
Mme	ALIOUAT	Cécile Marie	Parasitologie
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
Mme	BANTUBUNGI	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Pharmacie Galénique
M.	BEGHYN	Terence	Chimie Thérapeutique 3
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie
M.	BERTHET	Jérôme	Physique
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BOCHU	Christophe	Physique
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
Mme	CACHERA	Claude	Biochimie
M.	CARATO	Pascal	Chimie Thérapeutique 2
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON	Sandrine	Biologie cellulaire
Mlle	CHABÉ	Magali	Parasitologie
Mlle	CHARTON	Julie	Chimie Organique
M	CHEVALIER	Dany	Toxicologie
M.	COCHELARD	Dominique	Biomathématiques

Mme	DANEL	Cécile	Chimie Analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie
Mlle	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
Melle	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	FARCE	Amaury	Chimie Thérapeutique 2
Mlle	FLIPO	Marion	Chimie Organique
Mme	FOULON	Catherine	Chimie Analytique
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie
M.	GELEZ	Philippe	Biomathématiques
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA	Kpakpaga Nicolas	Pharmacologie
M.	KARROUT	Youness	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	LALLOYER	Fanny	Biochimie
M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique 1
Mlle	LEONHARD	Julie	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie Analytique
Mme	LORIN-LECOEUR	Marie	Chimie Analytique
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre Arthur	Sciences végétales et fongiques
M.	MOUTON	Nicolas	Physique
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle
Mme	NEUT	Christel	Bactériologie
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Melle	PLATEL	Anne	Toxicologie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques
Mme	RIVIERE	Céline	Pharmacognosie
Mme	ROGER	Nadine	Immunologie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie Industrielle
Mlle	SINGER	Elisabeth	Bactériologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
Mme	THUILLIER	Pascale	Hématologie
Mme	VANHOUTTE	Geneviève	Biochimie
M.	WELTI	Stéphane	Sciences végétales et fongiques
M.	WILLAND	Nicolas	Chimie organique
M.	YOUS	Saïd	Chimie Thérapeutique 1
M.	FURMAN	Christophe	Pharmacobiochimie (ICPAL)
Mme	GOOSSENS	Laurence	Chimie Organique (ICPAL)

Liste des Maitres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie

Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie
M.	LANNOY	Damien	Pharmacie Galénique
Mme	ODOU	Marie Françoise	Bactériologie

Professeurs Agrégés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	MAYES	Martine	Anglais
M.	MORGENROTH	Thomas	Droit et déontologie pharmaceutique

Professeurs Certifiés

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	HUGES	Dominique	Anglais
Mlle	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeurs Associé - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	ABADIE	Eric	Droit et déontologie pharmaceutique

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
Mme	BERTOUX	Elisabeth	Pharmacie Clinique - Biomathématiques
M.	BRICOTEAU	Didier	Biomathématiques
M.	FIEVET	Pierre	Information Médicale
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacie Clinique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacie Clinique
M.	WATRELOS	Michel	Droit et déontologie pharmaceutique
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	NOM	Prénom	Laboratoire
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacie Galénique



Université Lille 2
Droit et Santé

Faculté des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	9
INTRODUCTION	12
PARTIE 1 : LA DEPRESSION	14
I. Histoire et épidémiologie	14
A. Evolution du concept de dépression	14
B. Epidémiologie.....	16
C. Classification.....	21
1. DSM-IV TR.....	22
2. CIM	24
3. CFTMEA	24
D. Les méthodes diagnostiques	24
1. Diagnostic clinique.....	24
2. Méthode complémentaire : IRM fonctionnelle.....	29
II. Sémiologie, clinique et comorbidités	30
A. Hypothèses physiopathologiques de la dépression	30
1. Hypothèse monoaminergique.....	30
2. Hypothèse de la réponse au stress et de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien	31
3. Hypothèse de la neuroplasticité.....	33
4. Hypothèse de l'expression des facteurs protéiques de l'adaptation cellulaire	35
5. Théories psychologiques	36
B. Manifestations cliniques et co-morbidités.....	37
C. Evolution.....	41
PARTIE 2 : LE SUICIDE	45
I. Données actuelles	45
A. Suicides des 15-24 ans : données épidémiologiques	45
B. Corrélation entre dépression et tentatives de suicides	51
C. Facteurs favorisants, étiologies des suicides et tentatives de suicide	55
II. Centre Antipoison de Lille : Etude comparative.....	59
A. Généralités et recueil des données.....	59
B. Analyse des résultats.....	62

C. Conclusion	68
PARTIE 3 : LES TRAITEMENTS	72
I. Généralités et prévention	72
A. Généralités	72
B. Prévention du suicide chez les jeunes.....	76
1. Etat des lieux	76
2. Le dépistage en clinique	79
3. Programmes nationaux de prévention du suicide	82
4. L'Autopsie psychologique comme nouveau moyen de prévention.....	85
II. Stratégie thérapeutique : prise en charge de la dépression (cas général).....	91
A. Les traitements classiques.....	91
1. Antidépresseurs.....	92
a) Les inhibiteurs de la Mono Amine Oxydase (IMAO)	93
b) Les antidépresseurs tricycliques.....	95
c) Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de serotonine (ISRS)	96
d) Les inhibiteurs de la recapture de sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA).....	100
e) Les autres antidépresseurs.....	102
2. Phytothérapie : Le Millepertuis.....	107
3. Les thérapies complémentaires	111
B. L'électroconvulsivothérapie (ECT).....	117
1. Principe et indications	117
2. En pratique	119
3. Contre-indications et effets indésirables	121
4. Mécanismes d'action.....	123
C. Psychothérapie et hospitalisation	124
1. Psychothérapies	124
a) Psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques)	124
b) Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)	125
c) Les thérapies familiales	127
d) Quelle est l'efficacité de ces différentes psychothérapies ?	127
2. Hospitalisation d'un adolescent suicidant ou dépressif aux idées suicidaires.....	129
3. Conclusion	135
D. Suivi	137
PARTIE 4 : ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE	142

CONCLUSION GENERALE	145
BIBLIOGRAPHIE.....	147
ANNEXES.....	152

INTRODUCTION

(1) (2) (3) (4) (5) (6)

Plus élevée que chez l'adulte, la prévalence de la dépression majeure est de 5 à 10% chez les adolescents, avec une fréquence deux fois plus importante chez les filles que chez les garçons.

Cette pathologie est marquée, à cet âge, par l'existence de formes familiales, un retentissement personnel et social important, un risque de rechute à l'âge adulte et surtout un risque suicidaire élevé. En effet, ce trouble représente la première des causes psychiatriques de conduites suicidaire à l'adolescence. Ainsi, 60% des adolescents déprimés réaliseront, un jour, un geste suicidaire.

En France, le suicide représente la 2^{ème} cause de mortalité chez les jeunes âgés de 15 à 24 ans derrière les accidents de la route, avec un nombre estimé à 700 décès par an en moyenne. Parallèlement, 30 à 60 fois plus de tentatives de suicides sont réalisées dont 80 à 90% d'intoxications médicamenteuses volontaires (IMV).

Pour lutter contre ce fléau, le gouvernement national a renforcé la prévention du suicide par la mise en place de plans nationaux et régionaux, depuis les années 2000. L'un des plus récents est l'Observatoire national du suicide, installé en septembre 2013 par le ministère de la santé. Il est chargé d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide, ainsi que de produire des recommandations quant à la prévention et au suivi.

Tout d'abord, nous expliquerons les caractéristiques cliniques de la dépression majeure chez l'adolescent, son épidémiologie, son diagnostic et les comorbidités souvent associés à ce trouble.

Ensuite, l'épidémiologie et les facteurs favorisant du suicide chez les jeunes seront abordés. A ce titre, nous avons réalisé une étude comparative, grâce au recueil des données sur 5 ans du Centre antipoison de Lille. Ces données concernent tous les appels passés pour des IMV chez des adolescents âgés de 15 à 24 ans, résidant dans le Nord.

L'objectif de cette étude, est de comparer les variations en fonction de l'âge, du sexe et du temps avec ces mêmes variations, déjà décrites dans la littérature.

Enfin, nous terminerons par la prévention du suicide, la stratégie thérapeutique, le suivi des adolescents dépressifs et suicidants ainsi que le rôle du pharmacien d'officine dans ces trois étapes.

PARTIE 1 : LA DÉPRESSION

I. Histoire et épidémiologie

A. Evolution du concept de dépression

(7) (8) (9)

La dépression apparaît dans les préoccupations humaines dès l'antiquité. Certains textes antiques évoquent son caractère maladif plus de 2000 ans avant Jésus-Christ. C'est avec Hippocrate (460-370 avant JC), qu'une théorisation de la santé va voir le jour. En effet, la théorie des humeurs suggère qu'une pathologie est définie par une prédominance de l'une des humeurs, bouleversant ainsi l'équilibre de l'organisme. Au Moyen-âge, l'Occident voit apparaître une conception magique et religieuse des troubles du comportement, ainsi, ceux-ci seront considérés comme péché et comme résultant d'un déni de la miséricorde divine. Saint Augustin interdira bientôt le suicide, puis il sera considéré au XIII^{ème} siècle, comme un triple crime par Saint Thomas d'Acquin.

Ce n'est qu'après la Renaissance, qu'un affranchissement de la doctrine religieuse permettra d'étudier les contours de la mélancolie, bien que seules les formes les plus bruyantes auront les honneurs de l'intérêt médical.

Le XIX^e siècle signe l'avènement de la psychiatrie en tant que discipline médicale à part entière. Au milieu du XIX^e siècle apparaît pour la première fois le terme de « dépression ». Esquirol décrit en 1817 la « tristesse malade » comme une monomanie. Puis Kraepelin introduira le terme de « maniaco-dépression » pour évoquer l'alternance d'épisodes de dépression et d'agitation maniaque observée chez certains patients.

A cette époque, plus spécifiquement, l'évolution du concept de la dépression de l'adolescent peut être résumée en trois étapes :

- Début du XIX^e siècle : entrée dans la science moderne.
- Eclipse relative.
- Ces vingt dernières années : redécouverte progressive.

En 1820, Esquirol décrit dans un texte une sémiologie de la dépression commune à l'adulte et à l'adolescent. Il considéra néanmoins la mélancolie comme très fréquente chez l'adolescent du fait des changements pubertaires.

S'ensuivit une banalisation de la psychopathologie à l'adolescence, la puberté étant considérée comme à l'origine des désordres psychologiques, ceux-ci étant passagers, habituels à cette période de la vie et spontanément résolutifs.

Cette théorie fut contestée lorsqu'à la fin des années 1960, des études permirent de constater que les troubles psychologiques observés à l'adolescence n'étaient pas spontanément résolutifs et qu'ils progressaient souvent vers une pathologie à l'âge adulte en l'absence d'une prise en charge appropriée. Ces constatations mirent à mal le mythe de la crise d'adolescence, et il fut alors possible de distinguer le normal du pathologique.

Ensuite, on reconnut, que les adolescents présentaient une symptomatologie commune à celle des adultes, mais qu'ils n'exprimaient pas directement leur dépression à l'inverse des adultes et qu'en ceci la symptomatologie était atypique.

Ainsi, au XXème siècle, les dépressions masquées ont été mises en évidence. Elles sont décrites comme un sentiment d'ennui intermittent avec des périodes de nervosité, une promiscuité sexuelle, de la fatigue, des complexes physiques, des troubles alimentaires et du sommeil, des difficultés scolaires, des troubles anxieux et phobiques, des conduites addictives ainsi que des tentatives de suicide.

Cependant, le concept de dépression masquée s'est vu opposer des critiques nombreuses : on fit remarquer que les symptômes qu'il recouvrait représentaient la plupart des motifs de consultation ou d'hospitalisation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, et on lui reprocha son extension exagérée qu'autorisait l'absence de critères restrictifs de diagnostic.

Parallèlement, des études montrèrent la similitude sémiologique des dépressions de l'adolescent et de l'adulte. Ces observations aboutirent à la description d'une symptomatologie commune à la dépression de l'adulte, de l'adolescent et de l'enfant, dans la troisième édition du Manuel statistique et diagnostique des désordres mentaux (DSM-III) publié en 1980.

Tableau 1 : Estimation du nombre d'adolescents de 15 à 19 ans souffrant d'un trouble mental en France / Population des 15-19 ans (4 millions) Inserm, cité (9).

Autisme et autres TED	10 832
Hyperactivité	39 677
TOC	39 677
Troubles anxieux	198 385
Dépression	127 703
Anorexie	3 571
Boulimie	12 218
Schizophrénie et troubles bipolaires	19 839

B. Epidémiologie

(1) (10)

Chez l'adulte la prévalence de la dépression majeure est de 5 % dans la population générale. Elle apparaît plus fréquente chez l'adolescent avec, selon le DSM IV, une prévalence de 5 à 10% pour les épisodes dépressifs majeurs avec une fréquence plus importante chez les filles que chez les garçons (2 filles pour un garçon).

Notons que cette prévalence est plus élevée chez le garçon avant la puberté, le renversement se produisant entre 11 et 13 ans.

D'une manière générale, les enquêtes épidémiologiques révèlent que 7,5 % des garçons et 22,5 % des filles de la population générale se déclarent assez souvent ou souvent déprimés.

L'apparition de la prépondérance féminine des dépressions à l'adolescence renvoie, d'une part, à des mécanismes biologiques. En effet, les œstrogènes ont été incriminés. Les androgènes, eux, auraient un rôle de protection de la dépression et faciliteraient les comportements qui la masquent. D'autre part, elle est due chez les jeunes filles à cette période de la vie, à des modifications pubertaires, une maturation

sexuelle du corps qui perturbe les interactions sociales ainsi que la perception de soi voire l'estime de soi.

Les menstruations peuvent être perçues comme quelque chose de sale et le corps de l'adolescente se voit soumis aux idéaux esthétiques et au jugement des autres, ce qui peut être source d'une grande anxiété pour elle. La puberté précoce est d'ailleurs un facteur de risque de dépression chez la fille.

Cyranowski et al. (2000) ont proposé un modèle théorique multifactoriel expliquant cette vulnérabilité accrue au stress. Ce modèle souligne que l'adolescente aura besoin de relations émotionnelles intimes et une dépendance aux autres sera observée tandis que l'adolescent, lui, sera, a contrario, en quête d'autonomie. Ce mode d'attachement anxieux de l'adolescente l'expose à s'engager dans des relations amoureuses et sexuelles de manière prématurée. Dans la littérature, on appelle ce phénomène la diathèse dépressogène des adolescentes.

Toutefois, d'autres sources, telle que l'étude de Bailly et al., en 1990, réalisées sur 728 lycéens d'âge moyen de 17 ans, révèle une prévalence identique chez les filles et les garçons de 4,4%.

Une autre étude a été réalisée par Chabrol et al. en 2001, sur un groupe de 1 140 adolescents scolarisés (461 garçons et 679 filles) âgés de 14 à 21 ans (âge moyen = 17,1 ans \pm 1,4). La méthode diagnostic utilisée, que nous expliquerons par la suite, est le Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). Les résultats montrent un taux de dépression significativement supérieur chez les filles que chez les garçons. En effet, si on retient le seuil à 21, selon les résultats de Bailly et al., 18,6 % des garçons et 34,7 % des filles ont une dépression majeure probable. Avec le seuil à 24, 11 % des garçons et 27 % des filles ont une dépression majeure probable.

Par ailleurs, la prévalence des dépressions à l'adolescence est plus élevée que dans l'enfance mais comparable à celle de l'âge adulte. Rutter avait constaté que cette prévalence des dépressions triplait entre l'âge de 10 et 14 ans. De plus, des enquêtes épidémiologiques démontrent que de nombreux adultes déprimés signalent l'apparition d'un premier épisode dépressif au cours de l'adolescence et que plus l'âge de début est précoce, plus l'épisode est sévère et de mauvais pronostic.

En effet, les résultats de l'étude STAR-D, réalisée sur 4000 sujets montrent que les personnes ayant eu un premier épisode avant l'âge de 17 ans présentent une forte désinsertion socio-professionnelle, une qualité de vie plus fréquemment altérée, des co-morbidités psychiatriques et médicales plus importantes que ceux dont le premier épisode dépressif est apparu plus tardivement.

De plus, cette étude nous montre que la sévérité de la maladie dans les formes précoces, paraît plus importante, avec un risque suicidaire accru, des récurrences plus fréquentes et une altération de l'estime de soi supérieure.

Comme nous pouvons le constater sur la figure ci-dessous, l'âge du premier épisode dépressif majeur se situe plus fréquemment entre 13 et 21 ans, c'est à dire à l'adolescence, période de la vie fragile, propice aux psychopathologies (Fig.1).

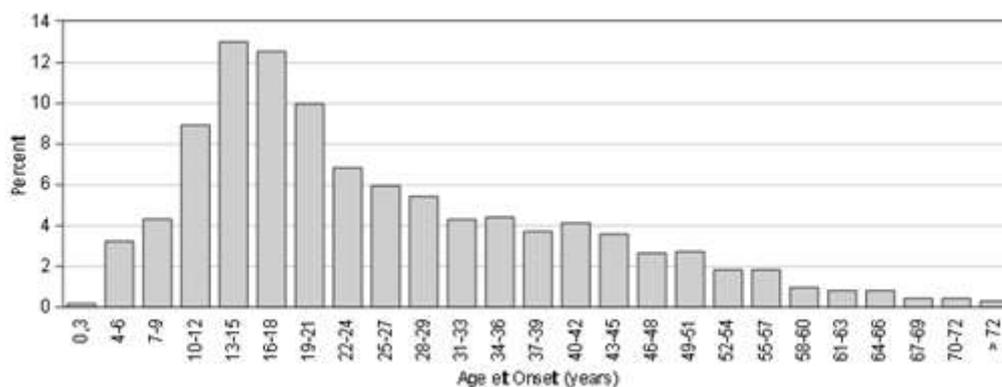


Figure 1 : Répartition des fréquences d'âge de début du premier épisode dépressif par tranches d'âge (%), d'après Zisook et al. (10).

Mais plus que la précocité du premier épisode, les événements de vie difficiles et les antécédents familiaux de dépression chez les parents, cumulés, vont multiplier l'incidence de la dépression par trois. Parmi ces événements, on citera : les séparations dans la petite enfance, les deuils, les abus sexuels dans l'enfance et dans l'adolescence ainsi que la maltraitance infantile. Celle-ci semble déterminer une vulnérabilité accrue à la dépression majeure, notamment chez les sujets porteurs d'allèles courts du gène codant pour le transporteur de la sérotonine (Fig.2 ci-après).

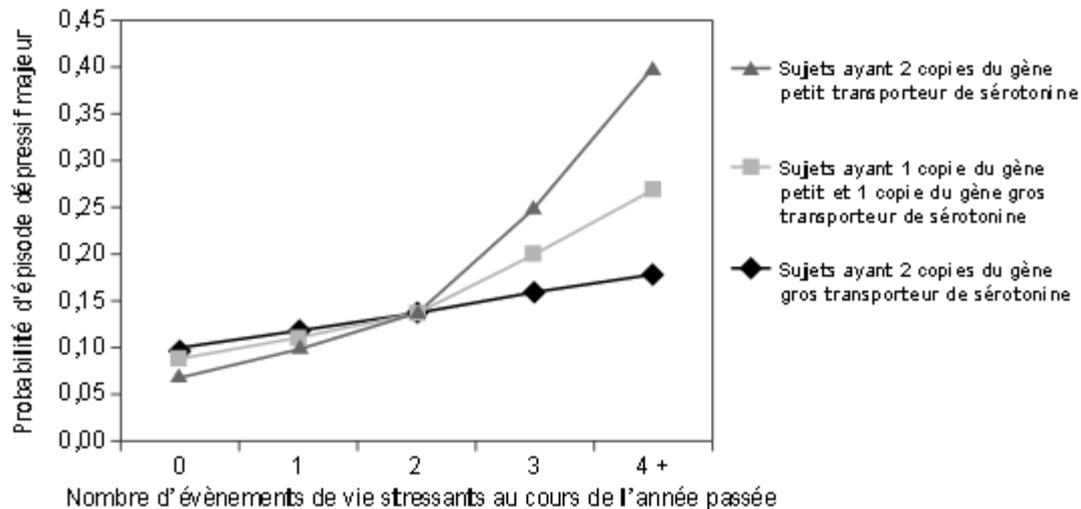


Figure 2 : Probabilité de survenue d'épisode dépressif majeur en fonction du nombre d'événements de vie stressants au cours de l'année passée (10).

Cette figure montre que les sujets porteurs de deux allèles courts pour le transporteur de la sérotonine ont une probabilité d'épisode dépressif majeur beaucoup plus élevée que les sujets porteurs d'allèles longs en réponse à la survenue d'événements de vie stressants répétés au cours de l'année passé.

Finalement, c'est l'intrication de l'hérédité, des traits de personnalité et d'anxiété, combinée à l'histoire individuelle et aux expériences antérieures qui déterminent cette vulnérabilité.

Néanmoins, parmi tous les facteurs de risque de dépression, celui qui joue le rôle le plus déterminant est le fait d'avoir une histoire dépressive personnelle. En effet, après un premier épisode dépressif, le risque de rechute est de 50% au cours des années qui suivent. Après deux épisodes, le risque augmente à 70% et après trois épisodes, il est proche de 90%.

A ce titre, une étude longitudinale portant sur plus de 2395 sujets suivis durant 9 ans montrait que la courbe du risque de présenter un nouvel épisode dépressif (courbe descendante) augmentait en fonction du nombre d'épisodes passés, tandis que la courbe mesurant le risque que ce nouvel épisode dépressif soit précédé d'un événement de vie stressant diminuait. Les deux courbes se croisaient à partir du 3^{ème} ou du 4^{ème} épisode dépressif (Fig.3 ci-dessous). Autrement dit, les épisodes dépressifs tendraient à survenir de plus en plus spontanément et à s'autonomiser au fil des récurrences de la maladie.

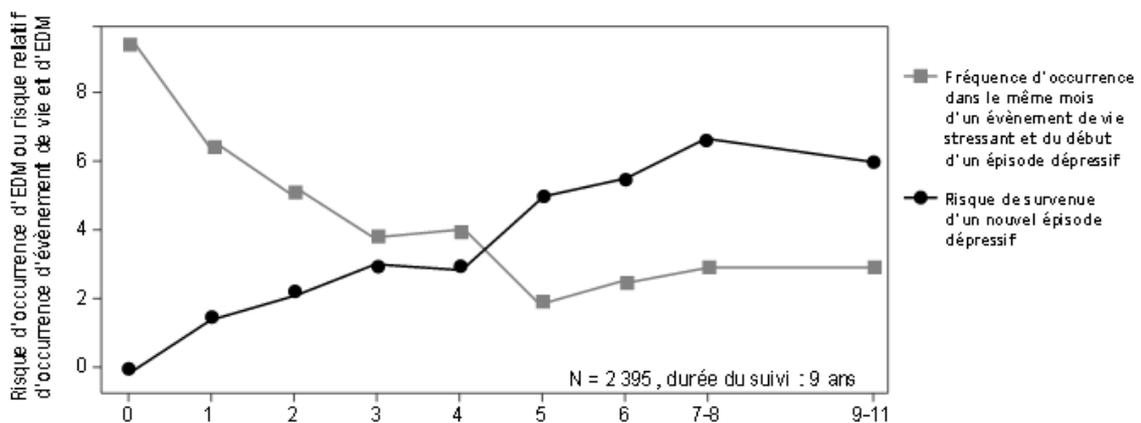


Figure 3 : Risque d'occurrence d'un épisode dépressif majeur ou risque relatif d'occurrence d'évènement de vie et d'un épisode dépressif majeur en fonction de l'âge (10).

Ce constat rend compte de la nécessité d'une prise en charge précoce de la dépression et de l'importance de la mise en place de stratégies de prévention efficaces à long terme.

D'autre part, nous savons qu'une maladie chronique, invalidante ou douloureuse de surcroît, peut aussi être à l'origine d'une dépression. Les maladies psychiatriques, les troubles anxieux, névrotiques et addictologiques (de nombreux toxiques présentant des propriétés dépressogènes tel que l'alcool) augmentent le risque de dépression majeure et de conduites suicidaires. Ce trouble peut aussi résulter d'affections endocrinométaboliques, de maladies neurologiques centrales ou d'effets iatrogènes.

L'évaluation de la dépression peut être difficile car pour de nombreux auteurs, certains comportements comme les conduites toxicomaniaques, les conduites délictueuses, l'agressivité ainsi que les tentatives de suicide peuvent être considérés comme des équivalents dépressifs.

En France, la mortalité par suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans. Sur 10 ans, elle a moins diminué qu'ailleurs. Ainsi, depuis les années 1990, la majorité des pays européens ont enregistré une diminution du taux de suicide des jeunes d'environ 20 %. En France cette baisse n'atteint pas 15 %. Ainsi, la France, comme la Finlande, la Suisse et la Belgique, se situe actuellement parmi les pays ayant les taux de mortalité par suicide les plus élevés d'Europe.

Ces données sont corrélées à la souffrance et aux troubles psychosociaux à l'adolescence, notamment la dépression majeure. Il est donc nécessaire et primordiale d'en faire le diagnostic.

C. Classification

Les critères recherchés lors d'entretiens avec le patient ont été établis par Feighner en 1972 et Spitzer en 1978. Ils ont permis l'élaboration du DSM III (1980) ainsi que le DSM III-R (1987), le DSM IV (1994) et sa version révisée en 2000 : le DSM IV-TR, ainsi que le DSM V (2013).

Le sigle DSM est l'abréviation de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, soit le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

C'est l'ouvrage de référence, bien qu'il existe deux autres ouvrages utilisés pour le diagnostic de la dépression majeure chez l'adolescent : la Classification Internationale des Maladies (CIM) créée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), utilisée surtout en Europe, et la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA).

Chaque trouble est défini par des critères descriptifs et une symptomatologie qui permet aux cliniciens de comparer des groupes homogènes de patients.

1. DSM-IV TR

(11)

Le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le DSM IV révisé en 2000 (DSM IV-TR) comporte un chapitre consacré aux troubles de l'humeur et un chapitre consacré aux troubles de l'adaptation dans lequel sont mentionnés des symptômes dépressifs.

Le diagnostic de la dépression majeure se fait selon plusieurs critères d'après le DSM IV-TR :

✚ **Critères diagnostics** : épisode dépressif majeur, épisode maniaque, épisode hypomaniaque, épisode mixte, etc...

L'épisode dépressif majeur comprend, depuis au moins deux semaines :

- Un changement de comportement du patient et une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social et/ou professionnel,
- L'absence d'étiologie telle qu'un deuil, une affection médicale ou la prise d'une substance,
- La présence de cinq critères parmi les neuf critères suivants, dont l'un doit être, soit l'humeur dépressive, soit une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir :
 - ✓ humeur dépressive ou irritabilité (chez l'adolescent)
 - ✓ diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
 - ✓ anorexie ou hyperphagie (gain ou perte de poids significatif)
 - ✓ insomnie ou hypersomnie
 - ✓ agitation ou ralentissement psychomoteur
 - ✓ asthénie ou perte d'énergie
 - ✓ dévalorisation ou culpabilité excessive
 - ✓ difficulté à penser ou à se concentrer
 - ✓ pensées récurrentes de mort

✚ **Construction du diagnostic du trouble de l'humeur** : trouble dépressif

majeur isolé ou récurrent, trouble dysthymique, trouble bipolaire, etc...

Le diagnostic de dépression majeure étant fait, on précisera si l'épisode est isolé (un épisode) ou s'il s'agit d'un épisode récurrent (au moins deux épisodes de dépression majeure).

✚ **Spécification de la forme clinique de l'épisode actuel** :

On détermine la sévérité, l'existence de manifestations psychotiques telles que des idées délirantes ou hallucinations, le niveau de rémission, la chronicité (épisode dépressif d'une durée supérieure ou égale à deux ans), et la présence de quelques caractéristiques :

- ✓ Catatoniques : figement moteur, activité motrice excessive, négativisme extrême, mutisme, maintien de posture, stéréotypes, maniérisme ou mimique, écholalie ou échopraxie.
- ✓ Mélancoliques : perte de plaisir pour les activités du quotidien, absence de stimuli pour les activités habituellement agréables, ainsi que la présence d'au moins trois des éléments suivants : humeur dépressive, surtout le matin, réveil matinal précoce, agitation ou ralentissement moteur marqué, anorexie ou perte de poids significative, culpabilité excessive ou inappropriée.
- ✓ Atypiques : réactivité de l'humeur à l'environnement ainsi que deux des éléments suivants : prise de poids ou appétit accru, hypersomnie, lourdeur des membres, sensibilité ou rejet dans les relations.

Il n'y a pas de signes spécifiques du trouble de l'humeur selon l'âge du patient, on a tout de même une irritabilité à la place de l'humeur dépressive de l'adulte dans la dépression majeure de l'adolescent.

2. CIM

La classification internationale des maladies (CIM) a été créée par l'OMS, elle est surtout utilisée en Europe.

Elle n'aborde pas spécifiquement la dépression majeure selon la tranche d'âge et aucune particularité de cette dernière chez l'adolescent n'est mentionnée.

Cette version contient des directives pour le diagnostic et les différentes catégories de dépression sont proches de celles du DSM (trouble bipolaire, trouble dépressif isolé ou récurrent...)

3. CFTMEA

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent est spécifique à l'enfant et l'adolescent contrairement aux deux précédentes, ceci en tenant compte des aspects psychopathologiques.

Elle introduit des distinctions diagnostiques entre les troubles thymiques, les dépressions névrotiques, les dépressions réactionnelles, etc...

D. Les méthodes diagnostiques

1. Diagnostic clinique

(8) (12) (13) (14) (15)

Le diagnostic de dépression est essentiellement clinique, en particulier à cet âge en raison de la variabilité des symptômes.

Il se faisait par entretien libre, mais cette méthode ne permet pas une concordance suffisante du diagnostic entre les différents cliniciens faute de fil conducteur commun. Ainsi, le nombre de faux négatifs est élevé, comme nous le montre l'étude réalisée par Carlson et Cantwel (1980), qui révèle que la méthode d'entretien libre ignore 60% des dépressions mises en lumière par l'entretien semi-structuré au cours duquel se succèdent une phase d'entretien libre et une phase structurée qui évalue surtout la symptomatologie dépressive.

Sur un plan psychologique, les tests projectifs : le Thematic Apperception Test (TAT) et Rorschach sont souvent utiles, en particulier en cas d'interrogation sur un trouble de la personnalité.

Le test de Roschach (outil clinique de l'évaluation psychologique, élaboré par Hermann Roschach, psychiatre et psychanalyste en 1921) consiste à la présentation d'une série de planches de taches symétriques par le clinicien, soumises à la libre interprétation de la personne évaluée. Les réponses fournies permettent d'évaluer la personnalité du sujet.

Ces tests de personnalité permettent de comprendre le fonctionnement psychique du sujet. Ils dévoilent les problématiques existantes, les angoisses qui y sont associées, les mécanismes de défense et leurs efficacités, ainsi que la qualité des processus de pensée. Mais de par son absence d'échelles fiables de dépression, sa faible sensibilité aux états dépressifs et les interprétations très différentes auxquelles il peut aboutir, il se voit d'une faible utilité pour le diagnostic de dépression chez l'enfant et l'adolescent.

De ce fait, ces constatations ont poussé à l'élaboration de nouvelles méthodes d'évaluation dont le but est d'améliorer l'objectivité du diagnostic en réduisant l'implication personnelle du clinicien. Ces méthodes vont faciliter le diagnostic de dépression chez l'adolescent et permettre d'en quantifier l'intensité. Cependant, les critères théoriques de validation ne sont pas totalement aboutis, c'est pour cela que ces instruments de validation sont essentiellement utilisés dans les travaux de recherche scientifique.

Dans un premier temps, il a été mis en place des entretiens semi-structurés qui permettent, chez l'adolescent, à partir du Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) de l'adulte et du Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (Kiddie-SADS ou k-SADS) utilisable pour les enfants de 6 à 16 ans, d'émettre un diagnostic en fonction des catégories du DSM. Le SADS a montré qu'il permettait d'obtenir un «excellent accord entre les cliniciens l'utilisant pour le diagnostic psychiatrique suivant le DSM-III chez des adolescents hospitalisés ».

Cependant, la relation thérapeutique établie lors des entretiens entre le clinicien et l'adolescent peut être compromise. En effet, l'emploi mécanique et maladroit des entretiens semi-structurés peut mettre à mal la confiance indispensable au bon déroulement du diagnostic. Ainsi, l'entretien semi-structuré ne peut être utilisé tout au long de l'échange mais seulement de manière ponctuelle, en adaptant les questions à la progression naturelle de la discussion. Toutefois, ces moments d'entretien structuré permettent de faciliter l'expression et la reconnaissance, et vont dans le sens de l'alliance thérapeutique.

Dans un second temps, ont été mis en place des échelles d'évaluation quantitative qui permettent aux cliniciens d'évaluer l'intensité de la dépression et l'évolution de sa symptomatologie. Il existe deux sortes d'échelles :

- La première se définit par des échelles d'hétéroévaluation cotées par un observateur externe, la plus connue et la plus utilisée chez l'adulte étant l'échelle de dépression de Hamilton (Hamilton Rating Scale for Depression: HRSD) (voir annexe 1), permettant d'évaluer l'intensité des symptômes dépressifs (plus le score est élevé, plus la dépression est sévère). C'est un questionnaire à choix multiples servant surtout aux études thérapeutiques. La version adaptée aux enfants est le Children Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R).

Plus récemment, a été créé l'Adolescent Depression Rating Scale (ADRS). Ce nouvel outil, validé en France sur 409 adolescents, mesure l'intensité dépressive et est destiné spécifiquement aux adolescents de 13 à 20 ans.

Il a été développé à partir de la singularité des expressions de la dépression chez l'adolescent. Il existe dans une version destinée au patient de 10 items en oui / non, et une version destinée au clinicien de 10 items en 6 niveaux d'intensité (0 à 6). Il explore les symptômes du champ de la dépression : état émotionnel, manifestations non émotionnelles et fonctionnement social. On considère que le risque de dépression est modéré pour une valeur > 4 et < 8 , ou important pour un score > 8 . L'ADRS est ici utilisée comme une variable qualitative, décrivant un risque de dépression au seuil > 4 .

Ci-dessous, l'ADRS :

« Je coche « vrai » si la phrase correspond à ce que je vis, ou « faux » si elle 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 ne 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. A l'école, au boulot, je n'y arrive pas

- La deuxième correspond aux échelles d'auto-évaluation qui sont utilisables pour le diagnostic et la quantification dans la recherche épidémiologique et les études thérapeutiques. Les adolescents et jeunes adultes remplissent un autoquestionnaire, le plus utilisé est le Beck Depressive Inventory (BDI) dans sa forme à 21 items. Il est destiné aux adultes mais est aussi utilisable chez l'adolescent de 11 à 18 ans. C'est un questionnaire à choix multiples, composé de mots décrivant les symptômes de la dépression tel que le désespoir, l'irritabilité ou la culpabilité. Les résultats du BDI se sont montrés bien corrélés à ceux du SADS. Cependant, dans une population d'adolescents délinquants, le BDI n'a pas distingué ceux souffrant d'une dépression majeure. Il existe l'adaptation de cette échelle : la Children Depression Inventory (CDI) utilisable de 7 à 17 ans.

Une autre échelle d'autoévaluation de la dépression, le CES-D (voir annexe 2), consiste à répondre à des questions simples telles que « je me suis senti triste: jamais = 0, occasionnellement = 1, assez souvent = 2, fréquemment ou tout le temps = 3 ». Le score seuil a été fixé à 21 par l'étude de Bailly et al. obtenant pour le diagnostic de dépression majeure une sensibilité de 0,93 et une spécificité de 0,82. Ce score est identique pour les deux sexes. Cette échelle qui a été conçue pour des enquêtes épidémiologiques en population générale, elle est aussi utilisée comme

instrument clinique de dépistage. Cependant, la spécificité des questionnaires est estimée trop insuffisante pour permettre le diagnostic de dépression, mais ils peuvent servir à repérer les symptômes, à évaluer leur sévérité et à surveiller l'évolution.

Par ailleurs, le témoignage des parents peut aider au diagnostic. Ils vont décrire un enfant qui n'a pas confiance en l'avenir, qui s'isole, qui n'a plus goût à rien ou encore qui a des idées morbides. Le diagnostic peut être posé dans un contexte de troubles anxieux qui, dans 40 à 70% des cas, sont survenus avant les symptômes dépressifs, ou lors d'un contact avec un soignant spécialisé dans le cadre des urgences suite à une première tentative de suicide.

Néanmoins, il existe des discordances entre les informations données par les parents et celles données par les enfants. Ces discordances sont retrouvées quelles que soient les populations d'adolescents et les méthodes d'investigation. Elles sont plus importantes lorsque les parents et les enfants sont vus séparément. Ainsi, les mères non déprimées auront tendance à sous-estimer la symptomatologie dépressive de leur adolescent contrairement aux mères déprimées qui la surestiment.

A ce titre, une étude a été réalisée par Mick et al., auprès de 123 adolescents accompagnés de leurs mères, les informations données par les mères déprimées faisaient évaluer la fréquence des dépressions à 23 %, alors que celles données par les adolescents limitaient la fréquence à 10%.

2. Méthode complémentaire : IRM fonctionnelle

(16)

Philippe Fossati, chercheur CNRS au Centre Émotion à l'hôpital de La Pitié-Salpêtrière, a décrit les changements s'opérant au niveau du système nerveux central (SNC) lors d'un épisode dépressif :

- le système limbique a une activité accrue.
- le cortex préfrontal où sont régulées les émotions voit son activité diminuée.
- les relations entre ces deux zones sont perturbées même au repos, avec une sur-communication des réseaux émotionnels.
- une diminution de la taille de l'hippocampe proportionnelle au nombre et à la durée des crises.

Tous ces phénomènes peuvent être observés grâce à l'imagerie médicale notamment l'IRM fonctionnelle.

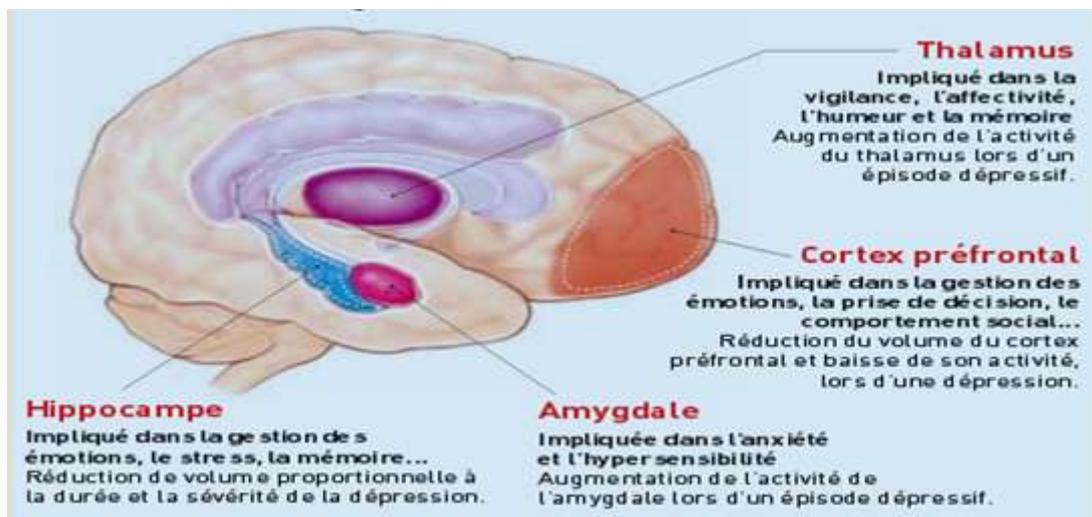


Figure 3 : Zones du cerveau affectées par la maladie (16)

II. Sémiologie, clinique et comorbidités

A. Hypothèses physiopathologiques de la dépression

1. Hypothèse monoaminergique

(17)

Cette hypothèse a fait son apparition dans les années 50, elle est fondée sur l'idée que la dépression résulterait d'une faible disponibilité des neurotransmetteurs monoaminergiques notamment de la sérotonine, de la dopamine et de la noradrénaline.

La découverte de la réserpine est à l'origine de cette hypothèse. C'est un alcaloïde antihypertenseur qui entraîne une déplétion de la neurotransmission monoaminergique cérébrale provoquant un état dépressif chez 15% des patients.

D'autres découvertes : celle de l'iproniazide, inhibiteur de la monoamine oxydase, et celle de l'imipramine, inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline en 1957, vont venir soutenir l'hypothèse d'une perturbation du système monoaminergique dans la dépression.

En effet, ces deux molécules possèdent un effet antidépresseur :

- en régulant la concentration intrasynaptique de sérotonine et de noradrénaline
- en augmentant leur disponibilité
- en augmentant l'activation du neurone post-synaptique

Par la suite, de nombreuses molécules furent créées selon le même modèle. Cependant, les effets thérapeutiques n'apparaissent qu'au bout de quatre à six semaines, alors que l'augmentation du niveau de monoamines est beaucoup plus rapide. Cet élément suggère que les effets thérapeutiques sont dus à des modifications physiologiques et structurales progressives des zones impliquées dans l'état dépressif provoquées par la stimulation des cibles monoaminergiques.

Plus précisément, la diminution de l'activité sérotoninergique rendrait plus vulnérable le développement d'une dépression. D'ailleurs, on sait que l'administration de précurseurs de la sérotonine (tryptophane) améliore l'humeur et que la sérotonine est antidépressive. La baisse du taux de sérotonine serait donc à l'origine de l'humeur triste selon certains auteurs.

D'autre part, le déficit en noradrénaline entraînerait une dysrégulation du fonctionnement de ce système neuromodulateur des autres types de transmission. La perturbation de cette régulation expliquerait pour une large part les signes végétatifs et anxieux observés chez le sujet dépressif, ainsi que l'inhibition psychomotrice. De plus, l'activité dopaminergique est, elle aussi, diminuée chez certains sujets déprimés. Ainsi, ces derniers répondent favorablement à l'administration d'agonistes de la dopamine.

2. Hypothèse de la réponse au stress et de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien

(17)

L'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien ou axe Hypothalamic Pituitary Adrenal (HPA) est le principal système de réponse au stress. En effet, les stimulus liés au stress vont être transmis par plusieurs circuits corticolimbiques à l'hypothalamus dans le noyau paraventriculaire (PVN).

Dans ce noyau, on retrouve les neurones magnocellulaires sécrétant l'ocytocine, la vasopressine et les neurones parvocellulaires sécrétant la vasopressine, l'hormone thyroïdienne et la corticolibérine (CRH ou également CRF).

Suite à un stress, ces derniers sont stimulés. Ils libèrent ainsi le CRF qui rejoint l'adénohypophyse et déclenche la sécrétion de l'hormone adénocorticotrope (ACTH) dans le système sanguin. L'ACTH induit alors la libération du cortisol par les glandes corticosurrénales. Le cortisol va alors exercer un rétrocontrôle négatif sur l'axe HPA et réduire la production de CRH afin de maintenir l'homéostasie. Pour ce faire, les corticostéroïdes vont agir sur l'hypothalamus, l'hypophyse antérieure et d'autres structures centrales telles que le cortex préfrontal, l'amygdale et l'hippocampe.

Voici ci-dessous une représentation schématique de l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien.

(+) = connexions excitatrices

(-) = connexions inhibitrices

Gc = corticostéroïdes

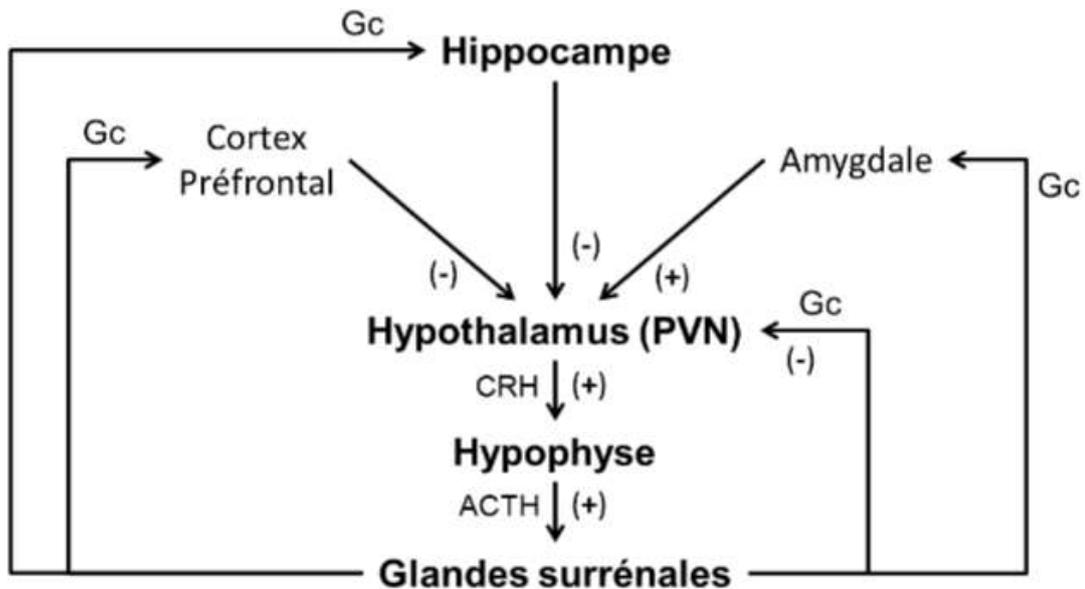


Figure 4 : l'axe hypothalamo-hypophysio-surrénalien

L'activation soutenue de l'axe HPA lorsque le stress est trop fréquent ou se prolonge, va entraîner des altérations importantes qui conduisent à des pathologies telles que la dépression.

Il est en effet clairement établi que la dépression majeure s'accompagne de manière très fréquente de l'hyperactivité de l'axe HPA.

De nombreuses études ont souligné le rôle de l'axe HPA dans la dépression en mettant en évidence :

- Un niveau plasmatique salivaire et urinaire de cortisol élevé
- Une diminution fonctionnelle de l'activité des récepteurs GR (Récepteurs Glucocorticoïdes) ou MR (Récepteurs Minéralocorticoïdes)
- Une sensibilité excessive des glandes surrénales à la stimulation par l'ACTH (adrénocorticotrophine)
- Une réponse amoindrie de l'hypophyse à la stimulation par le CRH (corticotropin-releasing factor)
- Une augmentation du volume des glandes surrénales
- Une altération du rétrocontrôle négatif exercé par les corticoïdes sur l'axe HPA.
- Une inhibition de la neurogénèse hippocampique.
- Une perturbation de la plasticité synaptique dans l'hippocampe et le cortex préfrontal.

Cette hypothèse est étayée par le fait que la rémission clinique des patients dépressifs présentant des altérations de l'axe HPA est systématiquement associée à une normalisation de l'activité et du rétrocontrôle négatif. Ceci est valable lorsque la rémission est spontanée ou induite par un traitement par antidépresseurs ou électroconvulsivothérapie (ECT).

3. Hypothèse de la neuroplasticité

(17)

La neuroplasticité désigne la capacité du système nerveux à réorganiser ses réseaux neuronaux et synaptiques en fonction des modifications endogènes et exogènes. Une altération de cette plasticité neuronale rendrait donc le système nerveux inapte à répondre correctement au stress et pourrait, en partie, expliquer l'étiopathogenèse de la dépression. Ce trouble pourrait être issu de l'interaction d'une vulnérabilité génétique avec des facteurs environnementaux générateurs de stress, à l'origine du développement de troubles dépressifs.

Ainsi, la neuro-imagerie structurale et fonctionnelle a permis, de découvrir que de nombreuses régions du cortex sont altérées chez les patients déprimés, ce sont :

- **Le cortex préfrontal** : il est le siège de différentes fonctions cognitives supérieures notamment la mémoire de travail, le raisonnement, et de manière générale les fonctions exécutives. Dans la dépression majeure, son volume est souvent diminué.

- **L'amygdale** : c'est une structure cérébrale bilatérale située dans la région antéro-inférieure du lobe temporel qui a un rôle dans la gestion des émotions, de l'anxiété et des réactions de peur.
Elle reçoit de nombreuses projections du thalamus et du cortex, mais aussi de l'hippocampe et du cortex préfrontal. Les données de la littérature sont hétérogènes concernant les modifications fonctionnelles de cette structure. En effet, une augmentation du volume de l'amygdale droite est rapportée par certaines études. D'autres rapportent une augmentation bilatérale du volume lors du premier épisode dépressif ou encore une perte de l'asymétrie physiologique.

- **L'hippocampe** : de structure bilatérale, il fait partie du système limbique. Il est situé dans la face médiane du lobe temporel et a un rôle dans le contrôle de l'humeur, la mémorisation, la concentration et l'acquisition des connaissances. De nombreux travaux d'imagerie montrent une diminution de son volume chez les patients déprimés. Cette atrophie est corrélée, indépendamment de l'âge, à la durée totale des phases dépressives et semble s'aggraver avec la répétition des épisodes.

De plus, nous savons que l'appauvrissement en neurones de l'hippocampe pourrait rendre les individus plus vulnérables à la dépression. De nombreux travaux sont à l'origine de cette hypothèse, notamment ceux de Cameron et Gould en 1994, qui ont montré que l'administration exogène de glucocorticoïdes entraînait une diminution de la prolifération cellulaire et la formation de nouveaux neurones.

En effet, lors d'un stress intense, le niveau élevé de cortisol pourrait :

- réduire la taille de l'hippocampe
- induire une réduction de la différenciation des nouveaux neurones et de leur survie dans l'hippocampe et ainsi, faciliter les troubles dépressifs.

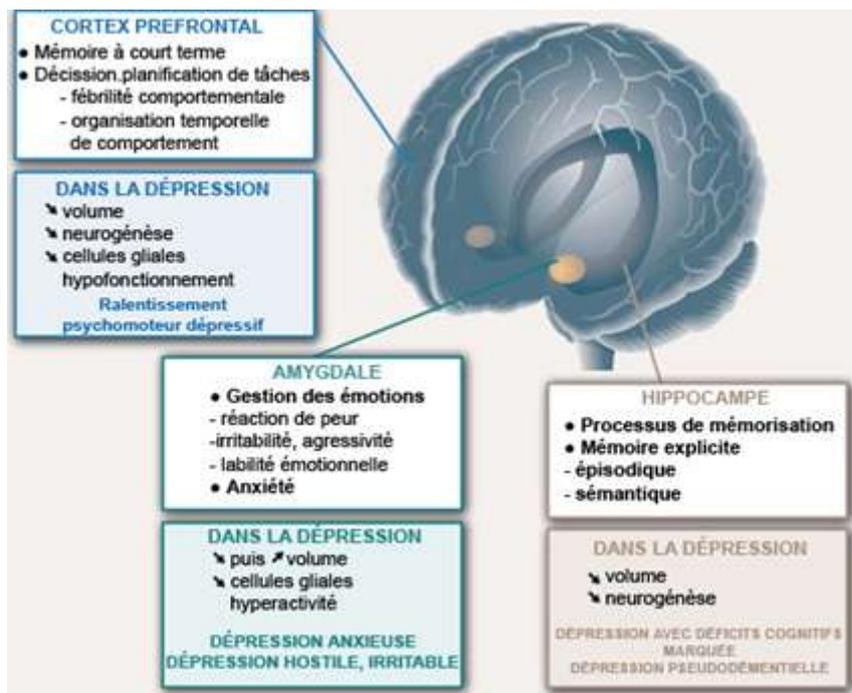


Figure 5 : Structures cérébrales impliquées dans la dépression : modifications structurales et fonctionnelles, rôle dans la symptomatologie dépressive (17).

4. Hypothèse de l'expression des facteurs protéiques de l'adaptation cellulaire

(18) (19)

- **BDNF (brain derived neurotrophic factor)**

Ce facteur joue un rôle dans la croissance et la survie des neurones hippocampiques et dans la régulation des réseaux interneuronaux. Divers événements (stress, hypoglycémie, perturbation neurohormonale, infection virale, traumatisme psychique antérieur...) pourraient inhiber l'expression du gène du BDNF menaçant la viabilité des cellules hippocampiques faisant ainsi le lit de la dépression.

- **CREB (AMPC response element binding protein)**

CREB est une protéine nucléaire, active lorsqu'elle est phosphorylée par une protéine kinase A (pCREB). Elle est recrutée suite à un stress ou à une émotion.

Le processus d'adaptation et de plasticité neuronale, mentionné précédemment, nécessite la présence de protéines de stabilisation de l'efficacité synaptique. Leur synthèse se fait grâce à l'expression des gènes associés à pCREB.

De plus, on sait que l'ensemble des cascades permettant de dynamiser l'activité et la trophicité cellulaire et d'inhiber voire supprimer les manifestations dépressives sont activées par BDNF qui est recruté par CREB.

Par ailleurs, des études plus récentes impliquent la superfamille des protéines G couplées à des récepteurs. Des mutations génétiques conduiraient à une liaison défectueuse entre la protéine et son récepteur entraînant ainsi des mécanismes de transduction anormaux.

5. Théories psychologiques

(20)

Ces théories complètent l'approche biologique. Pour la psychanalyse, la dépression émane d'une «perte d'objet» qui renvoie l'inconscient à la perte de l'objet «primitif» qui correspond aux premières relations maternelles.

Selon la théorie cognitive, la dépression résulte d'une modification de la pensée, ainsi le sujet va, suite à des expériences passées, évaluer les événements de façon erronée et sur le mode péjoratif.

Enfin, l'approche événementielle décrit la dépression comme une mauvaise adaptation du sujet aux événements négatifs.

B. Manifestations cliniques et co-morbidités

(3) (11) (15) (21) (22) (23)

En clinique, le syndrome dépressif franc ou majeur se traduit par l'association de troubles de l'humeur, de la pensée, du comportement et des troubles somatiques.

Le tableau clinique classique chez l'adolescent, comparable à celui de l'adulte, est de plus en plus fréquent à mesure que l'âge avance. Cependant, on retrouvera chez l'adolescent, moins fréquemment le sentiment de culpabilité que chez l'adulte mais plus volontiers des sentiments d'ennui et de vide.

Ce dernier est retrouvé plus facilement chez les filles, les garçons le masquant par des attitudes de transgressions et de défi.

D'autre part, on observera chez les deux sexes : une agressivité, une humeur irritable et labile, une morosité hargneuse, des bouderies, une hostilité, une opposition passive, des colères immotivées et une dévalorisation avec une perte d'estime de soi, une grande sensibilité aux critiques, un sentiment d'infériorité, d'incapacité dans un domaine particulier (scolaire ou physique) ou sur l'ensemble de la personnalité.

On aura, de plus, un sentiment de morosité, une perte des intérêts, un manque d'enthousiasme et de motivation, une envie fréquente de pleurer, une préoccupation ou un désinvestissement de l'apparence physique, des idées ou des gestes suicidaires.

Toutefois, cette symptomatologie peut être toutefois remplacée par des troubles du comportement en particulier une irritabilité (DSM III, 1980), (DSM IV-TR, 2000). Par ailleurs, il existe toujours des difficultés relationnelles et scolaires et le taux de comorbidité anxieuse est de 50%.

S'il existe, comme nous l'avons dit précédemment, une ressemblance syndromique entre l'épisode dépressif majeur de l'adulte et de l'adolescent, il faut remarquer que les manifestations somatiques de la dépression sont fréquentes chez l'adolescent et plus variées que chez l'adulte. Elles concernent non seulement le sommeil (hypersomnie ou insomnie) et les conduites alimentaires (alternance de conduites anorexiques et boulimiques), mais aussi les plaintes somatiques centrées

sur les grandes fonctions physiologiques (cardiaques, respiratoires), fatigue ou manque d'énergie ou sur d'autres organes avec céphalées, dorsalgies.... Ainsi, dans l'épisode dépressif majeur, le taux d'adolescents souffrant d'hyperphagie et d'hypersomnie peut atteindre 64 % des cas, contre 15 % chez l'adulte.

De plus, des différences de comportement en fonction du sexe sont observés, les garçons étant plus à risque de conduites excessives déviantes comme une consommation de toxiques (alcool, drogues), un détachement relationnel, une marginalité, des prises de risque (conduite automobile, sexualité). Les filles, elles, présentent plutôt des troubles du comportement alimentaire (anorexie ou boulimie) et un retrait.

Parfois, on retrouvera, de manière commune, une intention de fuguer, une addiction à internet (qui favorise l'isolement et aggrave la dépression), l'abus d'alcool ou de drogues, une auto-mutilation, des comportements imprudents (conduite à grande vitesse, rapports sexuels volontairement non protégés), tentatives de suicides et suicide. En effet, 60% des adolescents déprimés vont réaliser un geste suicidaire. De ce fait, il est primordial de dépister la dépression chez l'adolescent d'autant qu'elle peut passer pour une crise identitaire.

Ce tableau clinique atypique, l'anxiété importante et les troubles de la personnalité retrouvés chez l'adolescent, sont des facteurs défavorables à la réponse médicamenteuse. Ceci pourrait expliquer la faible réponse aux tricycliques et aux sérotoninergiques. De ce fait, l'indication psychothérapeutique et médicamenteuse, chez l'adolescent, si elle est nécessaire, mérite d'être mûrement réfléchi par un spécialiste qui tiendra compte du cas singulier de chaque adolescent et de sa psychopathologie éclairée par les relations familiales et environnementales.

Par ailleurs, chez certains grands adolescents, on peut observer un syndrome dépressif majeur très proche de celui de l'adulte avec :

- Un ralentissement psychomoteur : pauvreté de la mimique, ralentissement et rareté du geste
- Une lenteur dans le déroulement de la pensée
- Des troubles de l'humeur avec ruminations dépressives sur l'inutilité de l'existence, l'auto-dévalorisation, le sentiment d'être mal-aimé, les préoccupations physiques et les dysmorphophobies
- Un désinvestissement brutal des activités autrefois appréciées, notamment arrêt de la fréquentation du groupes d'amis ou de la bande, retrait dans la chambre
- Des idées de mort fréquentes et un passage à l'acte suicidaire (3 fois plus fréquents à cet âge qu'aux autres périodes de la vie)
- Des perturbations somatiques : insomnie de deuxième partie de nuit, anorexie et/ou boulimie.

Notons que la présence d'un sentiment fort de culpabilité est un signe de gravité de la maladie.

Tableau 2 : Les symptômes affectifs retrouvés chez les adolescents déprimés, dysthymiques et les adolescents témoins ainsi que leur fréquence (23).

Symptôme	Dépression majeure n = 49	Trouble dysthymique n = 20	Témoin n = 109
Humeur dépressive	97,7	100	19,2
Anhedonie	77,3	70	5,5
Poids/ trouble de l'appétit	79,5	35	8,2
Insomnie	8,6	60	9,1
Hypersomnie	45,5	10	5,5
Agitation	47,7	15	0
Ralentissement	34,1	55	1,8
Asthénie	68,2	60	11,9
Perte d'efficacité	72,3	70	3,7
Culpabilité	29,5	25	3,6
Dévalorisation	68,2	50	7,3
Difficulté de concentration	81,8	75	4,6
Retrait social	37	50	6,4
Pleurs	75	70	6,4
Idées suicidaires	39	35	7,3
Tentative de suicide	22,5	10	1,8
Tristesse	43	50	9,1
Image de soi négative	68	47	5
Mésestime de soi	65	42	2,8
Sentiment d'abandon	75	62	18
Isolement / solitude	33	21	6,4
Sentiment de souffrance	100	100	18
Désespoir	65	41	14

Ce tableau montre que chez les 49 adolescents atteints de dépression majeure : tous ont un sentiment de souffrance psychologique et 39% d'entre eux ont eu des idées suicidaires.

C. Evolution

(12) (24) (25)

Chez l'adolescent, l'épisode dépressif majeur dure en moyenne 7 à 9 mois, 80 % des adolescents ayant récupéré au bout de 1 an mais 10 % continuent d'être déprimés. La persistance de l'épisode dépressif majeur est associée à la gravité et à l'ancienneté de la dépression lors de la première identification, à l'existence de troubles co-morbides, à des événements de vie négatifs et à des dysrégulations neuroendocriniennes.

De plus, le taux de récurrences est important. On note que 75% des sujets qui ont déjà fait une dépression avaient déjà fait au moins 1 épisode auparavant, que dans 20 à 35% des cas on a une persistance des symptômes sous forme de dysthymie, et que 50 à 85% des patients auront au moins une récurrence dans les 2 à 3 années qui arrivent.

D'autre part, un épisode dépressif à l'adolescence augmente le risque d'autres troubles psychiatriques et de dysfonctionnement social à l'âge adulte.

L'évolution de l'épisode dépressif peut connaître plusieurs tournants. En effet, une rémission est le plus souvent constatée avec un taux de 95% après le premier épisode, qu'elle soit partielle (amélioration suffisante des symptômes) ou complète.

Pendant cette période de rémission, une rechute peut apparaître, c'est-à-dire la réapparition des symptômes avant la guérison. Cette possibilité est plus marquée dans les 4 à 6 mois qui suivent l'épisode. De plus, il existe des facteurs favorisant ces rechutes tels que le sexe féminin (plus touchée), la sévérité de l'épisode dépressif, les antécédents personnels et/ou familiaux de dépression, les comorbidités avec troubles psychiatriques ou somatiques ainsi que l'arrêt du traitement antidépresseur avant 6 mois.

Si cette rémission a lieu 1 à 2 ans après l'épisode, alors on a une persistance des symptômes et la dépression est dite chronique. La prévalence de cette chronicité est de 12%. C'est l'une des complications possible de la dépression majeure.

Ensuite, une fois cette période de rémission passée, plusieurs cas de figures se présentent : la guérison, la récurrence ou les complications.

- On parle de guérison lorsque la durée de rémission est d'au moins 4 mois, ainsi, le traitement pourra être arrêté ou maintenu à visée prophylactique. Notons que l'on guérit de l'épisode et non de la maladie.
- La récurrence correspond à l'apparition d'un nouvel épisode dépressif chez un patient considéré comme guéri, son risque est de 50% à 2 ans et de 90% à 10 ans après un épisode dépressif. Notons que c'est un événement caractéristique de la dépression majeure.
- Enfin, la dépression majeure peut se compliquer. Ainsi, le suicide est de 3,5 à 4,5 fois plus élevé que dans les autres troubles mentaux, la fréquence des conduites suicidaires étant corrélée à la sévérité de la dépression. De plus, des douleurs et affections somatiques peuvent survenir ainsi que des conduites addictives pouvant être délétères pour le patient. D'autre part, il existe un risque de dysfonctionnement social et professionnel ainsi qu'une altération du rôle parental (pour les jeunes parents) associés à l'accroissement des troubles de l'adaptation et de la psychopathologie chez leurs enfants.

Par ailleurs, l'existence d'une comorbidité est un facteur pronostic défavorable. En effet, la durée de l'épisode risque d'être plus longue, le retentissement psychosocial et scolaire plus grand, le risque de comportements suicidaires plus élevé, et l'efficacité des traitements médicamenteux diminuée.

Dès lors, l'association d'une pathologie à un épisode dépressif majeur est très fréquente à l'adolescence puisqu'elle atteint 50% à 70% selon les études, et en particulier la dysthymie retrouvée dans 70% des cas.

De plus, il existe une comorbidité anxieuse élevée dans plus de 50% des cas chez l'adolescent, ainsi que des troubles de la personnalité.

Les troubles anxieux, l'angoisse de séparation et les troubles paniques ou phobiques sont associés à 40% à 70% des épisodes dépressifs majeurs. Ils augmentent le risque de chronicité, mais pas celui de rechutes.

Les troubles du comportement et le trouble oppositionnel avec provocation sont retrouvés dans une proportion variable allant de 20 à 80%, l'association des deux aggravant le pronostic.

Chez les adolescents dépressifs, la consommation de produits serait multipliée par deux pour le tabac, par trois pour l'alcool, par quatre pour le cannabis et par dix pour d'autres drogues. L'utilisation de produits psychoactifs est plus fréquente chez les garçons, elle est retrouvée dans 20 à 30% des cas. De plus, le risque de dépression est d'autant plus important que l'usage a débuté jeune, qu'il est régulier et qu'il se complique d'abus et de dépendance.

Les troubles somatiques sont un point important car, comme nous l'avons vu, il constitue le point d'appel ou le motif de consultation dans la dépression à l'adolescence. Les pathologies somatiques les plus souvent retrouvées sont celles présentant un risque élevé d'association à une dépression, classiquement, on y retrouve l'asthme, les troubles digestifs organiques et les pathologies engageant le pronostic vital. En outre, certains traitements peuvent induire une dépression, en particulier les corticoïdes, la théophylline et l'isotrétinoïne.

Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et les troubles du comportement alimentaire (anorexie et/ou boulimie) sont retrouvés, dans 15% des cas chez les adolescents déprimés. Ces deux troubles partagent la baisse de l'estime de soi exprimée à travers l'insatisfaction corporelle. Inversement, la prévalence de l'épisode dépressif majeur est de 11 à 66% au moment de la découverte d'un trouble alimentaire compulsif (TCA). Les traits de personnalité pathologiques notamment limite (31%) et passive-agressive (22%) ou encore des traits de névrotisme sont souvent retrouvés.

La dépression peut être la cause de ces autres troubles psychiatriques mais elle peut être aussi la conséquence du caractère chronique et des difficultés liées à ces troubles. Dans ce dernier cas, elle pourra se manifester par une exacerbation de préoccupations hypocondriaques, de symptômes phobiques ou obsessionnels.

Par ailleurs, certaines manifestations apparaissent comme des adaptations faites pour masquer la souffrance dépressive. Cela peut se traduire par un hyperinvestissement d'activités passives (télévision), automatisées (jeux vidéos), de la scolarité ou d'un sport, un désinvestissement ou une phobie scolaire ou des conduites centrées sur le corps (plaintes somatiques, anorexie, obésité, sexualité à risque avec grossesse à l'adolescence). Il peut y avoir un surinvestissement du groupe d'amis, des troubles externalisés (fugues, agressivité, conduites antisociales), et enfin, d'une consommation de produits toxicomanogènes.

Notons que les filles interpellent plutôt par des conduites centrées sur le corps et les garçons par des comportements agressifs et des passages à l'acte.

L'accumulation et la répétition de ces symptômes doit faire rechercher une dépression. On parle de dépression « masquée » lorsque la dépression est révélée par ces troubles.

PARTIE 2 : LE SUICIDE

I. Données actuelles

A. Suicides des 15-24 ans : données épidémiologiques

(1) (2) (4) (5) (6) (14) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32)

En 2010, en France, selon les données de l'INSERM, 10 713 personnes se sont donné la mort dont 496 (4,8%) étaient des jeunes âgés de 15 à 24 ans dont le suicide représente dans cette tranche d'âge 14,8% des décès.

Dans la même année, selon une enquête de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES), 3,1% des français âgés de 15 à 25 ans ont déclaré avoir déjà pensé au suicide au cours des douze derniers mois (4% chez les femmes contre 2,4% chez les hommes) et 4,3% ont déclaré avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie (4% des 15-19 ans et 4,9% des 20-25 ans).

Le suicide représente 700 décès par an chez les adolescents. Il est la deuxième cause de mortalité dans cette tranche d'âge en France après les accidents de la circulation avec une surmortalité flagrante dès l'âge de 13 ans.

En 1999, 604 suicides ont été recensés chez les adolescents âgés de 15 à 24 ans, 80% d'entre eux étaient des jeunes hommes. Trois suicides sur quatre sont masculins alors que les tentatives de suicides (TS), estimées 50 fois plus nombreuses que les suicides aboutis chez les jeunes, sont surtout féminines. Les TS s'élèvent à 120 000 par an.

Avant tout, il est nécessaire de délimiter l'adolescence dans le temps, ce qui n'est pas chose aisée. D'un point de vue somatique, c'est la période débutant à la puberté et se terminant à la fin de la croissance. Toutefois, l'épidémiologie française, concernant le suicide, considère que l'adolescence s'étend de 15 à 24 ans. On parlera de « vrais » adolescents pour les 15-19 ans et « d'adultes jeunes » pour les 20-24 ans. Cette différence mérite d'être soulignée tant il existe des caractéristiques propres selon qu'ils s'agissent d'adolescents ou de « jeunes adultes ». Ainsi, la

tranche d'âge des 15-19 ans comptent deux fois moins de suicide que celle des 20-24 ans.

En 1993, d'après le tableau ci-dessous, établi à partir des données de l'INSERM, le suicide est la deuxième cause de mortalité par morts violentes (16 % des décès), touchant majoritairement les garçons (78 % des décès par suicide).

Tableau 3 : Mortalité des 15-24 ans (données françaises de l'INSERM en 1993).

	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Population	4 162 000	4 020 000	8 182 000
Décès toutes causes	4 465 (107,3 pour 100 000)	1 562 (38,9 pour 100 000)	6 027 (73,6 pour 100 000)
Morts violentes	3 328 (74,5 %)*	924 (59,1 %)	4 252 (70,5 %)
<i>Accidents</i>	2 292 (51,3 %)	641 (41 %)	2 933 (48,6 %)
<i>Suicides</i>	756 (16,8 %)	210 (13,4 %)	966 (16 %)
<i>Homicides</i>	58 (1,3 %)	21 (1,3 %)	79 (1,3 %)
<i>Autres</i>	222 (4,9 %)	52 (3,3 %)	274 (4,5 %)
Décès par maladie	993 (22,2 %)	534 (34,2 %)	1 527 (25,3 %)
Autres causes	144	104	248

*% par rapport au total des décès

D'autre part, dans la même année, le rapport des causes médicales de décès établit que 262 garçons et 71 filles âgés de moins de 25 ans sont décédés par « traumatismes et empoisonnements causés d'une manière indéterminée quant à l'intention », et 519 garçons et 176 filles sont décédés par « accidents non précisés » ou de « causes inconnues ou non déclarées ». En 2005, le nombre total des causes inconnues dans la statistique nationale était de 10400, dont 6% concernaient les moins de 24 ans. Ces résultats laissent à penser qu'il existe une sous-estimation des suicides chez les 15-24 ans d'au moins 20%.

Par ailleurs, le nombre de décès, toutes causes confondues, a diminué de 63% chez les jeunes de 15-24 ans passant de 8 375 décès en 1979 à 3 035 en 2010, tandis que les décès par suicide ont baissé de seulement 40% entre ces deux dates passant de 838 à 496 décès. En conséquence, les suicides qui en 1979

représentaient 10% de l'ensemble des décès des 15-24 ans, en représentent 16% en 2010.

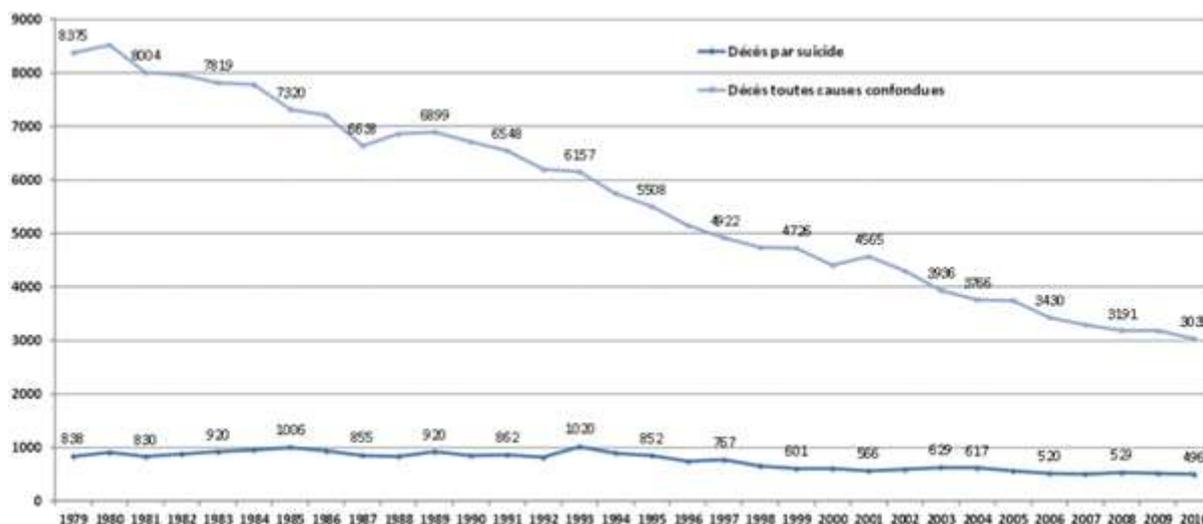


Figure 6 : Evolution du nombre de décès en France chez les 15-24 ans (28).

De plus, la mortalité par suicide a moins diminué dans la tranche des 15-19 ans entre 1979 et 2007, avec un taux de suicide passant de 5,5 à 4/100 000, que la tranche des 19-24 ans où le taux est passé de 15/100 000 au début des années 80 à 8,8/100 000 en 2007.

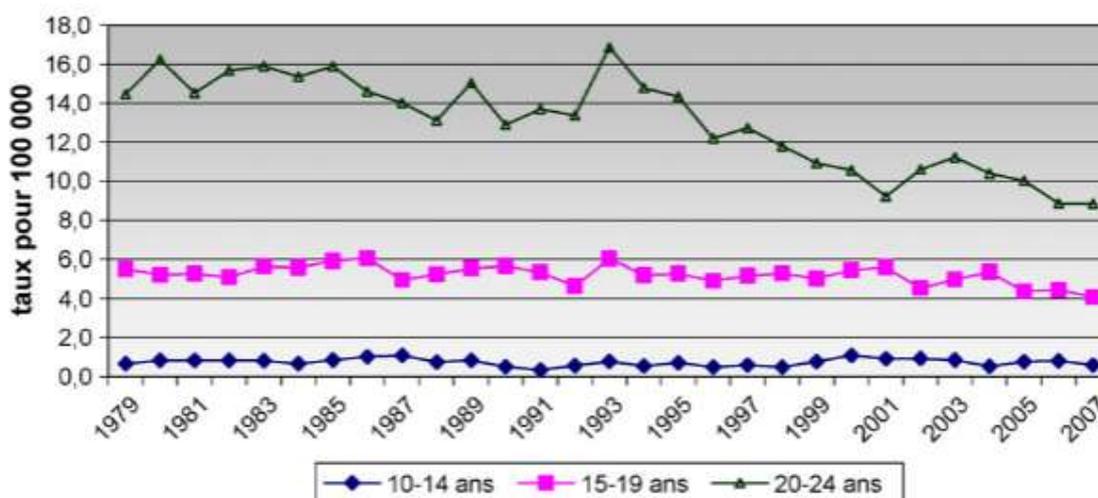


Figure 7 : Evolution des décès par suicide chez les adolescents et jeunes adultes de 1980 à 2007 (Source Inserm CepiDc) (29).

Outre les spécificités propres aux différentes tranches d'âge, on observe des divergences en fonction du sexe. En effet, la mortalité par suicide concerne huit garçons pour deux filles. Cette surreprésentation est la conséquence du recours par les garçons à des moyens à plus fort potentiel létal tels que la pendaison, l'usage d'armes à feu ou la chute d'un lieu élevé. De plus, elle s'explique en grande partie par l'association plus fréquente de conduites violentes et de consommation de substances toxiques.

En 1995, comme nous le montre le tableau ci-dessous, 80% des garçons et 60% des filles décédés ont utilisé l'un de ces moyens. Le moyen le plus utilisé chez les adolescents est la pendaison, suivi par l'usage d'armes à feu chez les garçons et l'intoxication chez les filles.

Tableau 4 : Mode de suicide chez les 15-24 ans en France en 1995 (29).

	Sexe masculin (622 suicides)	Sexe féminin (181 suicides)	Total (803 suicides)
Pendaison	38,7 %	27,1 %	36,1 %
Usage d'armes à feu	35,0 %	14,9 %	30,5 %
Intoxication	7,2 %	26 %	11,5 %
Saut d'un lieu élevé	7,6 %	18,8 %	10,1 %
Noyade	2,3 %	2,2 %	2,2 %
Usage d'instrument tranchant	0,8 %	0,6 %	0,7 %
Autres modes	8,4 %	10,0 %	8,8 %

En 2007, selon les données de l'INSERM et de l'Eurostat sur le suicide de l'adolescent, la pendaison reste le premier mode de suicide pour les deux sexes. Chez les garçons de 14 à 19 ans, les trois premiers modes de suicide sont la pendaison (54%), l'utilisation d'armes à feu (16%) et le saut d'un lieu élevé (7%).

Dans la même tranche d'âge, chez les filles, on retrouve la pendaison (40%), le saut d'un lieu élevé (20%) et les intoxications (18%), enfin, la mort par armes à feu concernent 9% des adolescentes.

On a donc une augmentation du taux de suicide par pendaison dans les deux sexes. Par contre, l'utilisation d'armes à feu ainsi que les intoxications chez les adolescentes ont diminué.

Globalement, il n'y a pas eu de grands changements, on a une continuité dans l'ordre de préférence quant aux moyens de suicide. Ce constat n'est pas réservé à la France mais il concerne beaucoup d'autres pays occidentaux.

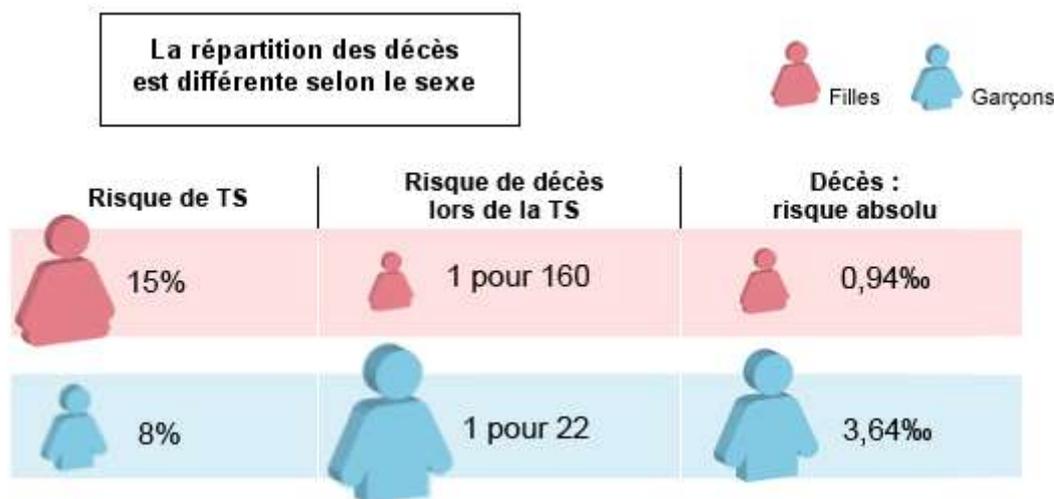
Une co-morbidité psychiatrique, à type de dépression majeure, psychose, troubles de la personnalité (état limite ou psychopathie), est retrouvée chez 60 à 90 % des suicidés (morts par suicide), alors que la prévalence n'est estimée qu'entre 10 et 30 % chez les suicidants (ayant déjà fait au moins une TS). Les deux tiers des suicidés n'ont bénéficié d'aucune prise en charge psychologique avant leur suicide.

Par ailleurs, les tentatives de suicide (TS) chez les 15-24 ans sont estimées être environ 30 à 60 fois plus fréquentes que les suicides.

Des chiffres de 120 000 à 140 000 TS, dont 40 000 chez des jeunes de moins de 25 ans, sont habituellement retenus.

On enregistre 22 TS pour un suicide chez les garçons et 160 TS pour un suicide chez les filles. Ainsi, à l'inverse des suicides, les TS sont majoritairement observées chez les filles avec en moyenne 75% de filles et 25% de garçons.

Tableau 5 : Répartition des décès en fonction du sexe (5).



Les moyens les plus utilisés pour les TS sont : l'intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) dans 80% à 90% des cas, à l'aide notamment de dérivés du paracétamol et dans 50% des cas de psychotropes ainsi que les phlébotomies dans environ 10% des cas.

De plus, une prise d'alcool concomitante est observée dans 25% des cas. Cela pose le problème de la responsabilité médicale, chez les jeunes où le risque de TS semble nettement augmenter en cas de prescription.

Comme nous l'avons dit, les jeunes femmes risquent plus de passer à l'acte que les jeunes hommes, mais ces derniers en décèdent plus souvent. Selon les données de l'INSERM, en France, parmi les adolescents, le rapport homme/femme (suicide) est de 3,5 et le rapport femme/homme (TS) se situe entre 1,5 et 2,1. Ceci peut être expliqué par le fait que les filles ont plus d'idéations suicidaires graves et préparent plus souvent un plan spécifique que les garçons.

D'ailleurs, plusieurs auteurs ont constaté un profil différent chez les adolescents suicidaires en fonction du sexe. En effet, les garçons présentent généralement une surmorbidity psychologique (nervosité, signes dépressifs, crises de larmes, problèmes de sommeil) et fonctionnelle (spasmophilie, malaise), mais aussi une augmentation de consommation de produits psychotropes, d'alcool et de produits illicites. De plus, des problèmes scolaires à type de redoublements ou d'échec scolaire sont retrouvés plus souvent chez eux que chez les jeunes filles suicidantes. Dans l'ensemble, les conduites associées à la TS chez le garçon témoignent d'un « profil dépressif » plus marqué que chez les filles suicidaires.

Quant au motif, la majorité des jeunes évoquent un fait précis, comme un conflit avec les parents, des problèmes à l'école (évoqués principalement par les plus jeunes), une dispute ou une rupture avec le (la) petit(e) ami(e) (surtout citée par les plus âgés). Moins de 10 % des sujets décrivent un malaise plus global.

Néanmoins, la chronicité des idées suicidaires reste un facteur de risque de passage à l'acte. En effet, si seulement 8 % des garçons et 13 % des filles pensent souvent au suicide, 41 % d'entre eux ont fait une TS, alors que 1 % seulement de ceux qui n'ont jamais eu de telles idées passent à l'acte.

D'après une enquête de l'INSERM réalisée en 1993 auprès de 12000 élèves de l'enseignement secondaire, 5% des garçons et 8% des filles ont effectué au moins une TS dans leur vie soit en moyenne deux élèves par classe. Ce taux grimpe chez les non-scolarisés, atteignant 15%.

Quant aux récurrences, elles concernent environ un tiers des suicidants et s'effectuent le plus souvent dans l'année qui suit le geste suicidaire. Dès lors, nous savons que 1 à 2% des suicidants décèdent par suicide dans ce délai et que la mortalité toutes causes confondues est multipliée par 7 dans les 10 ans qui suivent une TS.

Par ailleurs, les adolescents suicidants, consultent plus souvent les professionnels de santé et notamment les médecins généralistes et les infirmières scolaires que les non suicidants. Cependant, d'après le baromètre 2005, seuls 25,5% des 15-19 ans ayant fait une TS sont allés à l'hôpital pour ce motif.

B. Corrélation entre dépression et tentatives de suicides

(1) (2) (5) (9) (33)

La dépression est la première des causes psychiatriques de conduites suicidaires à l'adolescence. Ainsi, un trouble dépressif a été diagnostiqué chez 23,33 % des adolescents suicidants contre 3,33 % des adolescents témoins.

De plus, le risque de TS est multiplié par 11 lorsqu'un tel trouble existe par rapport à la population générale. En effet, nous savons que 60% des enfants et adolescents déprimés (corrélé à la sévérité) ont eu des idées suicidaires et que 39% d'entre eux font un geste suicidaire.

Dans une étude par « autopsies psychologiques » portant sur 53 suicides d'adolescents âgés de 13 à 19 ans, Marttunen et al. retrouvent un trouble mental dans 94 % des cas dont 51 % de dépression, 26 % d'alcoolisme et 21 % de troubles de l'adaptation.

D'autre part, une enquête prospective aux Etats-Unis a révélé que 70% des adolescents souffrant d'un état dépressif majeur ont manifesté dans les trois années suivant un comportement suicidaire.

Notons que l'abus de substances toxiques est l'autre grand facteur de risque surtout chez les garçons et les adolescents plus âgés.

Le lien entre dépression et TS est confirmé par toutes les études et ce, quel que soit l'outil diagnostique utilisé. En effet, la dépression augmente sensiblement le risque de TS, en particulier parmi les garçons. Ce risque spécifique est identique dans une population de sujets hospitalisés et dans une population d'enfants scolarisés, avec un odds-ratio (OR) respectivement de 4,4 et 4,9. L'OR étant défini par le degré de dépendance entre deux variables.

Cependant, une proportion non négligeable de jeunes suicidants et notamment les filles n'est pas cliniquement déprimée, proportion qui peut varier de 25 à 75 % selon les études.

Outre la plus grande fréquence de TS chez les adolescents déprimés, c'est tous les comportements à risques qui sont corrélés à ce facteur. En effet, selon une enquête de l'Inserm, et ce dans des modèles multivariés, l'OR est de 2,4 entre dépressivité et conduites violentes régulières; de 1,9 entre dépressivité et consommation de drogue répétée, de 2,5 entre dépressivité et absentéisme scolaire régulier et de 5,7 entre dépressivité et TS.

Toutefois, les OR entre dépressivité et comportements sont significatifs, ces derniers peuvent donc être considérés comme des indicateurs de risque de souffrance psychologique. Ainsi, la TS est un meilleur indicateur de souffrance psychologique que l'absentéisme scolaire (OR = 5,7 étant nettement supérieur que OR = 2,5), qui lui est un peu meilleur que la consommation répétée de drogues (OR = 2,5 supérieur à OR = 1,9).

En effet, une étude réalisée par Marcelli et al. portant sur des garçons ayant présenté deux accidents notables en 18 mois, retrouve 83 % d'anxiété sévère ou majeure, 25 % d'EDM, 58 % de dépressivité et 25 % de recherche de sensation élevée, ce qui les différencie significativement d'une population témoin.

Ainsi, la répétition d'accidents survient dans un climat particulier de dépressivité et d'anxiété. L'accident apparaît alors selon trois modalités différentes :

- un acte manqué dans un contexte de culpabilité ou même d'auto-agression punitive,
- une prise de risque mal évaluée,
- un médiocre intérêt de l'adolescent pour les pensées, les émotions et les affects et une prédominance de fonctionnement par l'agir.

La dépression peut être déclenchée par un conflit que l'adolescent n'est pas capable d'élaborer. Le suicide serait dans ce cas, une sorte d'échappatoire qui lui servirait à éviter la dépression. Elle peut d'une autre manière constituer une attitude protectrice de retrait qui lui permettrait de survivre lorsqu'il n'a plus la capacité de lutter.

Ainsi, le désespoir ou l'impossibilité ressentie de résoudre ses problèmes permet d'éclairer le lien observé entre la dépression et la TS. Ce désespoir peut se traduire par un manque de projets et d'investissement dans les activités quotidiennes, un sentiment d'incompétence, une autocritique exacerbée, des reproches récurrents et une faible estime de soi. Selon certains auteurs, le désespoir « explique » mieux une TS que la dépression clinique. De plus, il constitue l'un des « meilleurs » facteurs pronostiques d'un suicide accompli. C'est dans cette perspective qu'il faut prendre au sérieux les idées suicidaires récurrentes.

Par conséquent, il est important de surveiller tout signe de comportements ou pensées suicidaires :

- Parler ou plaisanter sur le fait de commettre un suicide,
- Dire des choses comme "je serai mieux mort", "je préférerais disparaître" ou "il n'y a pas d'issue possible",
- Parler positivement de la mort ("Les gens pourraient m'aimer encore plus mort que vivant"),
- Ecrire des histoires ou des poèmes sur la mort ou le suicide,
- Avoir un comportement dangereux ou avoir beaucoup d'accidents conduisant à des blessures,
- Donner ses propres objets et particulièrement les objets ayant de la valeur (sentimentale ou pécuniaire),
- Dire au revoir à ses amis ou sa famille comme si c'était la dernière fois,
- Rechercher des armes, des médicaments, ou tout autre moyen de mettre fin à ses jours.

Cette surveillance peut être réalisée par l'entourage familial, amical, ou toutes les personnes ayant un lien social avec l'adolescent(e) tel que les éducateurs, assistantes sociales mais aussi par le personnel médical tel que les infirmières scolaires, les médecins généralistes, les pharmaciens etc...

Il existe un numéro azur (prix d'une communication locale) pour aider et conseiller les personnes voulant alerter d'une personne prête à passer à l'acte. Cet appel est anonyme : Suicide Ecoute au 01.45.39.40.00. « Suicide Ecoute » est une association créée en 1994 par un groupe de bénévoles expérimenté dans l'écoute de personnes en détresse, c'est la seule en France, axée sur le suicide à répondre 7j/7j et 24h/24h.

C. Facteurs favorisant, étiologies des suicides et tentatives de suicide

(2) (5) (23) (28) (33) (34) (35)

Comme nous l'avons vu précédemment, le suicide ou les tentatives de suicide (TS) chez les adolescents peuvent être dues à une dépression ou à un événement de vie difficile mal géré, auxquels s'ajoutent des co-morbidités qui aggravent le sentiment de désespoir.

Toutefois, pour 25% des adolescents ayant effectué une TS, il s'agissait d'une récurrence. Dès lors, le facteur de risque le plus puissant est l'existence d'une TS antérieure. Ainsi, le risque de refaire une TS dans les 2 années qui suivent est multiplié par 3,5. Dans leur étude sur 53 cas de suicides, Marttunen et al. constatent que 66 % des filles et 27 % des garçons qui se sont suicidés avaient des antécédents de TS.

Cette dimension de récurrence est très caractéristique des adolescents, étant donné que l'on sait que plus le suicidant est jeune plus le risque de récurrence est élevé.

De plus, l'environnement et notamment l'environnement familial joue un grand rôle dans le risque de passage à l'acte de l'adolescent. En effet, il existe des familles dans lesquelles règne un climat d'instabilité et de discorde plus ou moins patent. Ces familles sont de peu de soutien pour ces jeunes lorsqu'elles ne les désignent pas comme bouc émissaire des difficultés ambiantes.

L'étude de Laurent et al. révèle parmi les facteurs déclenchants ; 50 % des cas de conflits familiaux et 13 % des cas d'échec affectif. La qualité des relations familiales apparaît ainsi comme un facteur important dans l'évaluation du risque suicidaire : facteur de protection quand ces relations sont ressenties comme satisfaisantes ou au contraire de vulnérabilité quand elles apparaissent comme négatives

D'autres facteurs bien connus, liés à la famille, sont les antécédents ou les climats de violences morales ou physiques (entre les parents ou entre les parents et les enfants), la maltraitance et surtout les abus sexuels. Ces éléments sont fréquemment retrouvés chez les adolescents faisant des TS répétées.

Dans une étude sur 321 suicidants, âgés de 14 à 25 ans, hospitalisés à Bordeaux dans une unité médico-psychologique pour adolescents, Pommereau a retrouvé des antécédents de violences sexuelles chez 30 % des filles et 7,5 % des garçons.

Sont cités aussi les psychopathologies parentales, notamment : l'alcoolisme, la dépression chronique, la maladie mentale ou le comportement suicidaire.

Une méta-analyse de McGuffin et al. prenant en compte les éventuelles pathologies parentales associées, montre que le suicide parental multiplie par un facteur 2 le risque de suicide chez l'adolescent.

Cette violence intrafamiliale fragiliserait l'estime que ces jeunes ont d'eux-mêmes, alors même qu'elle diminuerait la capacité des parents à éduquer, à gérer les conflits et à établir des relations chaleureuses avec leurs enfants. De plus, le cumul des troubles familiaux augmente sensiblement le risque de récurrence.

Par ailleurs, la corrélation entre suicide et statut matrimonial des parents est retrouvée quelle que soit l'issue létale de l'acte. Ainsi, la dissociation familiale (divorce ou décès) augmente le risque de passage à l'acte et ce quel que soit l'âge du sujet. Le risque de suicide de l'adolescent est multiplié par 5 en cas de décès de la mère et par 2 en cas de décès du père. De même, le risque de passage à l'acte est multiplié par 1,7 dans une famille monoparentale et par 2,7 dans une famille recomposée.

A cette époque de la vie, la famille est d'autant plus importante que les adolescents sont dans une situation prolongée de dépendance à leur famille, ce qui tend à favoriser une lutte active contre cette dernière. De ce fait, certaines conduites peuvent être perçues comme des recours ultimes du sujet pour affirmer son individualité. Ces conduites à risque telles que les TS résultent de la confrontation aux incertitudes sociales et professionnelles qui peuvent être source de frustrations. Les échecs relationnels, en particulier les ruptures sentimentales, les problèmes avec la justice, les conflits avec les proches, surtout avec les pairs pour les adolescents les plus âgés, vont être associés à un risque plus grand de suicide ou de TS. De plus, les difficultés scolaires, un absentéisme ou une déscolarisation peuvent favoriser le risque de passage à l'acte.

Parfois, ces passages à l'acte sont le fruit de modes de réaction aux conflits propres à l'adolescence avec une tendance à l'agir et la prédominance d'une expression à travers le corps. En effet, la préoccupation des jeunes, notamment des jeunes filles par rapport à leur corps et les plaintes somatiques, peuvent être de véritables signes d'alarme.

Chez les garçons, certaines tendances impulsives et violentes peuvent s'exprimer dans des passages à l'acte agressif, des ivresses, un attrait pour les comportements dangereux. Ces conduites ont parfois valeurs, comme nous l'avons relevé précédemment, d'équivalents suicidaires.

Néanmoins, ceci ne concerne qu'une partie des adolescents et ces éléments ne sauraient être le marquage systématique de l'adolescence. Pour autant, il est important de ne pas les négliger.

Par ailleurs, toutes les co-morbidités de l'épisode dépressif majeur se retrouvent dans les facteurs de risques du suicide chez les adolescents et jeunes adultes. En effet, chez l'adolescent suicidant, on retrouve : des troubles thymiques dans 50 à 70% des cas, une humeur dépressive dans 20 à 60% des cas et des troubles psychotiques de type épisodes délirants aigus ou formes débutantes de schizophrénie dans 10% des cas.

Le tableau ci-après regroupe les résultats de l'étude de Foley et al. réalisée en 2006 :

Tableau 6 : Corrélats de la suicidalité chez le jeune (pensées, idées, plan, TS) (23)

Caractéristiques	Suicidalité (N=101)	Contrôles (N=6571)	P
Age ≥ 13	76.8	57.8	<.001
Fille	57	50.9	.14
Minorité	7.1	10.2	.60
Pauvreté	48.9	18.6	<.001
Tr dépressif	46.7	1.6	<.001
Tr anxieux	28.3	1.9	<.001
Tr disruptif	34.3	4.9	<.001
Alcool	1.6	1.2	.73
Autres drogues	1.4	1.8	.79
Diag psy	60.7	9	<.001
Comorbidité	44.3	1.6	<.001
Sévérité	84.3	27	<.001

On y découvre que l'association de la dépression aux troubles anxieux généralisés et aux troubles oppositionnels, que celle du nombre élevé de symptômes au diagnostic psychiatrique, que la sévérité des symptômes ainsi que la pauvreté sont des prédicteurs fort du risque suicidaire.

L'homosexualité ou la bisexualité est un facteur fréquemment évoqué dans la littérature. Elle multiplierait par 2 à 6 le risque de TS. Cependant, pour certains auteurs, ce facteur de risque est réduit si on prend en compte les autres facteurs de risque, en particulier la dépression (si les adolescents homo- ou bisexuels font plus de TS c'est parce qu'ils sont plus souvent déprimés quelle que soit l'origine de cette dépression). Toutefois pour d'autres, ce facteur persiste même après correction des autres facteurs de risque associés.

Au regard de ces facteurs relationnels, le faible niveau d'éducation des parents, le nombre élevé d'enfants dans la famille et l'origine ethnique, apparaissent comme moins importants. Cependant, le cumul des événements défavorables augmente, en soi, le risque de passage à l'acte et, surtout, le risque de récurrence.

Il est important de préciser que la TS ou le suicide ne peut être expliqué par un seul des éléments cités mais par une multitude de troubles individuels et environnementaux liés entre eux.

II. Centre Antipoison de Lille : Etude comparative

A. Généralités et recueil des données

(36) (37)

Le Centre Antipoison (CAP), du CHR de Lille présente une aire géographique étendue sur 3 régions : le Nord-Pas de Calais, la Picardie et la Haute Normandie. Il dessert une population d'environ 7,5 millions d'habitants.

Conformément au décret du 17 septembre 1996, son fonctionnement est organisé autour de deux Unités Fonctionnelles de Réponse Téléphonique (24H/24H) et de Toxicovigilance.

Les missions du CAP de Lille sont définies par le décret du 17 septembre 1996 :

- La réponse téléphonique : il est chargé de répondre, notamment en cas d'urgence, à toute demande d'évaluation des risques et à toute demande d'avis ou de conseil concernant le diagnostic, le pronostic et le traitement des intoxications humaines, accidentelles ou volontaires, individuelles ou collectives, aiguës ou non, provoquées par tout produit d'origine naturelle ou de synthèse, disponibles sur le marché ou présent dans l'environnement.
- L'activité documentaire spécialisée : il possède une base de données informatisée « C.I.G.U.E », permettant la consultation en temps réel des protocoles thérapeutiques nécessaires à la prise en charge des intoxiqués. Ces protocoles sont mis à jour quotidiennement par l'équipe médicale. Pour cette mise à jour, il exploite les cas cliniques et il dispose d'un fond documentaire (revues, livres, bases de données).
- Le suivi médical : l'équipe médicale assure un suivi médical de tous les cas d'intoxications humaines avérées ou présumées, afin de suivre l'évolution des intoxications pour lesquelles il a été consulté et recueillent toutes les informations médicales nécessaires.

Nous avons choisi de comparer le nombre de tentatives de suicide par intoxications médicamenteuses volontaires des adolescents recensées par le CAP de Lille entre 2005 et 2010 ainsi que les caractéristiques et variations propres au département du Nord par rapport à d'autres départements et au niveau national.

Pour ce faire, tous les appels concernant les tentatives de suicide reçus entre le 01/01/2005 et le 31/12/2010 pour des patients âgés de 15 à 24 ans domiciliés dans le département du Nord (59) ont été recueillis par les équipes du CAP de Lille. Les informations utilisées sont :

- L'âge des suicidants ;
- Leur sexe ;
- Leur ville de résidence ;
- Le lieu de l'intoxication ;
- Le mois, le jour et l'heure de l'intoxication ;
- Le PSS (poisoning severity score)

Le poisoning severity score appelée PSS, est une échelle standardisée utilisée par les toxicologues des CAP afin de déterminer la gravité clinique d'une intoxication. Cette échelle, dont le score va de 0 à 4, a été développée par l'association européenne des CAP. Le PSS 0 signifie que le patient est asymptomatique, le PSS 1 correspond à une intoxication générant des symptômes « mineurs », le PSS 2 correspond à des symptômes « modérés », le PSS 3 correspond à des symptômes « sévères » avec un pronostic vital en jeu, enfin le PSS 4 signifie que le patient est décédé.

Entre 2005 et 2010, 2509 produits ont été utilisés par ces adolescents suicidants pour leur geste suicidaire (un adolescent pouvant utiliser plusieurs produits d'où un nombre supérieur à celui des TS recensées).

Tableau 7 : Nombre de produits par type de produits

Produits utilisés	Nombre de produits	%
médicaments	2200	87,68
produits commerciaux	128	5,1
cosmétiques	37	1,47
phytosanitaires	13	0,52
drogues - stupéfiants	15	0,6
alcool	95	3,79
champignon	1	0,04
plante	3	0,12
inclassable	12	0,48
inconnu	5	0,2
Total général	2509	100

Sur les 2509 produits, on constate que :

- 2200 étaient des médicaments. Les intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) représentaient donc 87,68% des TS ;
- 128 soit 5,1% étaient des intoxications aux produits commerciaux tels que l'eau de javel, la poudre à récurer etc... ;
- 95 soit 3,79% étaient des intoxications à l'alcool.

Dans les « inclassables », on retrouve 2 pendaisons et 2 phlébotomies. La catégorie « inconnu » concerne les produits dont on ne connaît pas la nature.

B. Analyse des résultats

Au final, 1562 appels concernaient une intoxication médicamenteuse volontaire (IMV) chez des patients âgés de 15 à 24 ans, soit 0,36% des 15-24 ans résidant dans le département du Nord entre 2005 et 2010 (données de INSEE) (38).

Les valeurs calculées peuvent être quelque peu erronées du fait que le CAP de Lille ne reçoit pas la totalité des appels concernant les tentatives de suicide (médicamenteuses ou autre) dans le Nord. De plus, la prévalence des IMV dans cette population est ici calculée à partir des données de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), or nous ne disposons que du recensement des adolescents de 15 à 24 ans résidant dans le département du Nord pour les années 2006, 2009 et 2010. Nous avons donc calculé une moyenne qui correspond à 438 410 habitants.

Par ailleurs, le sexe était inconnu pour 7 adolescents. Par conséquent, les répartitions en fonction du sexe du patient se feront sur une population de 1555 personnes.

Tableau 8 : Répartition des intoxications médicamenteuses volontaires par tranche d'âge (n = 1562)

TRANCHE D'ÂGE	NBRE d'IMV	%
15-19 ANS	1038	66,45
20-24 ANS	524	33,55
TOTAL	1562	100,00

La proportion des IMV chez les adolescents de 15-19 ans est presque deux fois plus importante que chez les 20-24 ans avec respectivement 66,45% et 33,55%.

Elle concerne 0,48% des adolescents de 15 à 19 ans et 0,23% des 20-24 ans résidant dans le Nord, selon les données de l'INSEE (38).

Tableau 9 : Répartition des patients par sexe (n = 1555)

SEXE	NBRE d'IMV	%
FEMME	1095	70,42
HOMME	460	29,58
TOTAL	1555	100,00

Sur les 1555 adolescents suicidants :

- 1095 sont des femmes soit 70,42%,
- 460 sont des hommes soit 29,58%.

Le sexe ratio (F/H) est de 2,38. On a donc une large prédominance féminine.

Par extrapolation et selon les données de l'INSEE, les IMV ont concerné 0,5% des femmes et 0,21% des hommes âgés de 15 à 24 ans résidant dans le Nord.

Tableau 10 : Répartition des intoxications médicamenteuses volontaires par sexe et par tranche d'âge (n = 1555)

SEXE	15-19 ANS	%	20-24 ANS	%
FEMME	777	75,22	318	60,92
HOMME	256	24,78	204	39,08
TOTAL	1033	100,00	522	100,00

On dénombre 1033 IMV pour les patients âgés de 15 à 19 ans dont 777 femmes pour 256 hommes. Le sexe ratio (F/H) est de 3,04. On a donc une prédominance féminine supérieure à celle du groupe entier.

Chez les 20-24 ans, sur 522 IMV :

- 318 étaient réalisées par des jeunes femmes,
- 204 étaient réalisées par des hommes.

Le sexe ratio (F/H) est de 1,56 ; ce qui démontre également une prédominance féminine. Cependant, elle est moins importante que chez les adolescents de 15 à 19 ans.

Tableau 11 : Répartition des intoxications médicamenteuses volontaires (IMV) par années (n = 1562)

Années	Nombre d'IMV
2005	283
2006	254
2007	240
2008	225
2009	268
2010	292
Total général	1562

Comme nous le montre le graphique ci-dessous, les années 2005 et 2010 ont été celles pour lesquelles il y a eu moins d'IMV chez des adolescents. Globalement, on observe une diminution du taux d'IMV entre 2005 et 2008 puis une augmentation jusque 2010, avec deux extrêmes : 225 IMV en 2008 et 292 IMV en 2010.

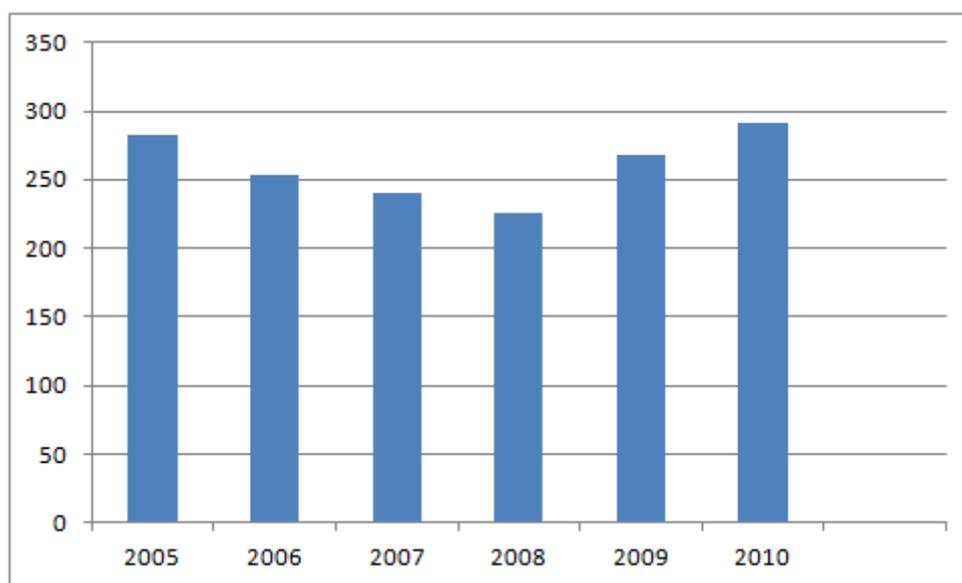


Figure 8 : Répartition des intoxications médicamenteuses volontaires par année (n = 1562)

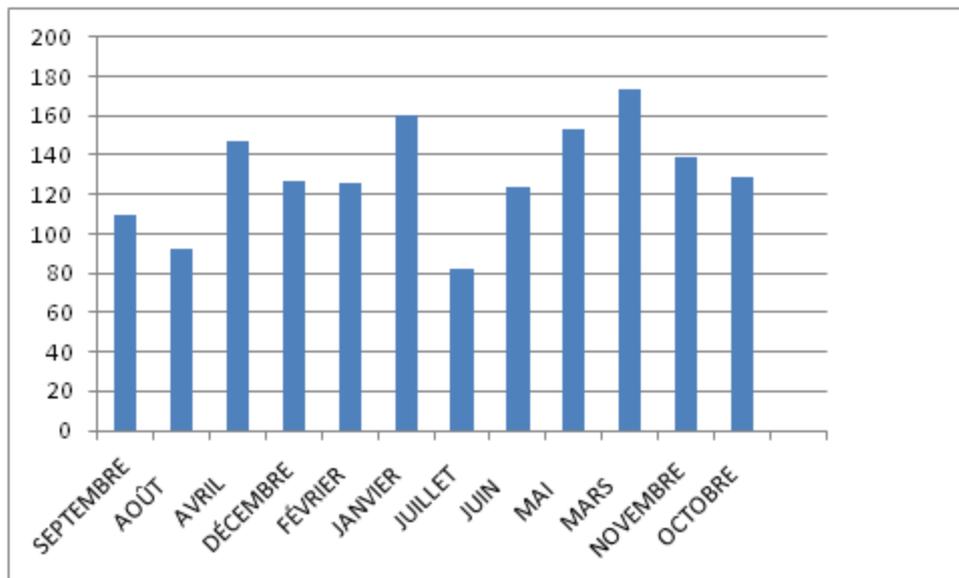


Figure 9 : Répartition des intoxications médicamenteuses volontaires par mois (n = 1562)

Comme nous le montre le graphique ci-dessus, on a relevé un plus grand nombre d'appel, par ordre décroissant, pour les mois de : mars, janvier et mai. On remarque que la période des vacances estivales est la période pour laquelle le nombre d'appel pour IMV est le moins important.

Tableau 12 : Répartition des Intoxications médicamenteuses volontaires en fonction du jour de la semaine (n = 1562)

JOURS	NOMBRE D'IMV	%
LUNDI	249	15,94
MARDI	251	16,07
MERCREDI	242	15,49
JEUDI	225	14,40
VENDREDI	206	13,19
SAMEDI	172	11,01
DIMANCHE	217	13,89
TOTAL	1562	100,00

Les appels les plus nombreux ont été reçus en début de semaine c'est-à-dire le lundi, le mardi et le mercredi.

L'heure de l'intoxication n'a pas été précisée pour 80 cas. De ce fait, nous étudierons les variations en fonction de l'heure sur les 1482 IMV restantes.

Tableau 13 : Répartition des intoxications médicamenteuses volontaires en fonction du moment de la journée (n = 1482)

HEURE	NOMBRE D'IMV	%
00H-05H59	176	11,88
06H-11H59	177	11,94
12H-17H59	440	29,69
18H-23H59	689	46,49
TOTAL	1482	100,00

On constate que la fin de soirée (entre 18 heures et minuit) est le moment où les adolescents effectuent le plus d'IMV avec 46,51% sur 24 heures.

A contrario, la nuit et le matin sont les deux périodes pour lesquelles on a reçu le moins d'appel (respectivement 11,58 et 11,94% des appels sur 24 heures).

Tableau 14 : Répartition des intoxications médicamenteuses volontaires en fonction du lieu d'intoxication (n = 1562)

Lieu de l'intoxication	Nombre d'IMV	%
autre lieu	39	2,5
domicile	1400	89,63
école, extra-scolaire	23	1,47
hôpital	79	5,06
extérieurs	10	0,64
lieux publics clos	9	0,58
lieux de travail	2	0,13
Total général	1562	100

La majorité des IMV ont été réalisées au domicile avec 89,63%. Notons que 5,06% des IMV sont effectuées à l'hôpital.

Tableau 15 : Répartition des intoxications médicamenteuses volontaires en fonction du niveau de gravité (n = 1557)

NIVEAU DE GRAVITE	NOMBRE D'IMV	%
0	677	43,48
1	732	47,01
2	85	5,46
3	21	1,35
5	5	0,32
6	1	0,06
9	36	2,31
TOTAL	1557	100,00

Pour 5 appels, le niveau de gravité (PSS) n'a pas été précisé, on se basera donc sur les 1557 appels restants, dont :

- 47,01% étaient de PSS 1 c'est à dire que les intoxiqués présentaient des symptômes mineurs tels que des nausées, des vomissements etc...
- 43,48% étaient des intoxications sans symptômes (PSS 0)
- 5,06% étaient de PSS 2, le patient présentant des symptômes de type convulsions par exemple
- 1,35% étaient de PSS 3 c'est-à-dire ayant nécessité des gestes de réanimation.

Notons qu'aucune intoxication n'a entraîné de décès (PSS 4).

C. Conclusion

La mortalité des intoxications médicamenteuses en France reste un problème pour lequel on dispose de données, mais dont l'exactitude n'est pas certaine. Il y aurait plus de 2 000 décès par intoxication médicamenteuse chaque année en France.

Chez l'adolescent et l'adulte, les intoxications résultent, dans l'immense majorité des cas, d'un geste suicidaire. Elles sont le plus souvent polymédicamenteuses et ont une nette prédominance féminine (39).

Concernant les intoxications volontaires, il n'existe pas de registre national. De ce fait, toutes les données récentes proviennent des CAP et de toxicovigilance. Les autres connaissances concernant les IMV sont donc extrapolées à partir d'études monocentriques françaises ou de données étrangères (40).

Aucune étude sur les IMV n'a été réalisée en France spécifiquement chez les adolescents âgés de 15 à 24 ans. Par conséquent, toutes les données que nous citerons concernent les IMV dans la population générale. Notre travail a donc pour but essentiel de vérifier si les tendances et variations liées à l'âge, au sexe, au moment et au lieu de l'intoxication ainsi qu'à la gravité de celle-ci sont les mêmes dans la population adolescente et dans la population générale.

Dans notre étude, 87,68% des tentatives de suicide (TS) étaient médicamenteuses, ceci rejoint la littérature qui fait état de 70 à 80% des TS.

➤ **L'âge :**

Nous avons retrouvé 2 fois plus d'IMV chez les adolescents de 15 à 19 ans que chez les 20-24 ans, contrairement à une étude réalisée en 1996 dans le cadre d'une thèse qui retrouvait un taux d'IMV supérieur dans la population des 20-24 ans (41). En revanche, cette tendance est retrouvée dans la plupart des études concernant les TS (médicamenteuses ou non) (42).

➤ **Le sexe :**

Le sexe ratio (H/F) des IMV dans notre population est de 0,42. Au niveau national, dans la population générale, il est de 0,80 selon une étude menée par le réseau de médecin sentinelle (43) et de 0,54 dans celle du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (44). Le fait que les IMV soient majoritairement féminines se confirme donc chez les adolescents.

➤ **L'heure de l'intoxication :**

Dans notre étude, la plupart des IMV (76,18%) ont été faites dans l'après midi, entre midi et minuit avec un pic en fin de soirée, de 18 heures à minuit soit 46,51%. Cette tendance est retrouvée dans les études réalisées :

- En 1996 à Metz où les trois-quarts des IMV survenaient en soirée (41),
- En 2002 à Nantes avec 73,35% des IMV entre midi et 23 heures (45),
- En 2010 à Nantes avec 53,5% des IMV entre 14 heures et 2 heures (40).

➤ **Lieu de l'intoxication :**

Dans notre population, les IMV ont eu lieu principalement au domicile du patient, dans 89,63% des cas. Cela représentait 66,7% des IMV dans l'étude réalisée en 2010 à Nantes (40). Cette tendance est donc confirmée chez les adolescents.

D'autre part, bien que les chiffres soient difficilement comparables, il est intéressant de constater que la proportion d'IMV effectuée au domicile est plus importante chez les patients âgés de 15 à 24 ans que dans la population générale.

En effet, les tentatives de suicide sont des appels à l'aide surtout chez les adolescents, le suicidant fera donc en sorte d'effectuer son geste dans un lieu où il sera facilement découvert par les proches (46).

➤ **Le niveau de gravité de l'intoxication :**

90% des patients étaient dans un état dit non grave (PSS 0 et 1) au décours de leur IMV, aucun décès n'a été dénombré. Ces chiffres concordent avec ceux de Nantes (40) qui font état de 80% des IMV dont le PSS est de 0 ou 1.

➤ **Le mois et le jour de l'intoxication médicamenteuse volontaire :**

Nous retrouvons ici les mêmes variations que ce soit au niveau du jour de la semaine ou du mois de l'intoxication. Les seules études disponibles dans la littérature sur ce phénomène concernent toutes les tentatives de suicide (TS), qu'elles soient médicamenteuses ou non.

Les IMV ont donc eu lieu le plus souvent en début de semaine comme les TS en 2010 dans le Nord-Pas-de-Calais selon une étude réalisée par la fédération régionale Nord-Pas-de-Calais de recherche en santé mentale (F2RSM) (47).

Selon une étude Rouennaise (48), les trois mois qui ont été le plus générateurs d'hospitalisations pour TS ont été les mois de janvier, mars et mai. A l'inverse, la période estivale (juin, juillet et août) était celle pour laquelle on a comptabilisé le moins d'hospitalisations pour TS. Comme nous le montre notre étude, les tentatives de suicides médicamenteuses chez les adolescents suivent les mêmes variations.

Au niveau mondial, quelques travaux montrent une prédominance féminine des IMV, retrouvée dans notre étude à 70%. En effet, une étude rétrospective réalisée au Mali entre 2000 et 2010, fait état de 74 % d'IMV féminines (49). Ce résultat est similaire à ceux de Hami et al. (2010) avec 62 %, ainsi que Attazagharti et al. (2009) soit 68 % au Maroc (50). Cette prédominance était due aux tentatives de suicide et avortements clandestins (souvent retrouvés en Afrique).

Au niveau européen, les données disponibles concernent les tentatives de suicide dans leur globalité et non spécifiquement les IMV.

En conclusion, les IMV recensées dans notre étude suivent les mêmes variations que celles répertoriées dans d'autres études au niveau national, et ce au cours de différentes années. Par ailleurs, seule la prédominance féminine a pu être confirmée dans quelques travaux à l'étranger.

PARTIE 3 : LES TRAITEMENTS

I. Généralités et prévention

A. Généralités

(2) (4) (18) (30) (51) (52)

De nos jours, il existe trois stratégies principales pour traiter la dépression : la chimiothérapie, l'électroconvulsivothérapie (ECT), et la psychothérapie.

Le choix entre ces trois techniques va se faire grâce à 5 critères :

- la rapidité d'action,
- l'efficacité,
- la présence ou non de symptômes psychotiques graves,
- les effets indésirables des éventuels traitements,
- le coût.

La chimiothérapie consiste en l'administration de médicaments antidépresseurs, qui vont améliorer l'humeur déprimée par divers mécanismes d'action que nous expliquerons en détail par la suite. Il existe à ce jour 5 familles d'antidépresseurs.

L'électroconvulsivothérapie, réalisée sous anesthésie générale et curarisation, consiste à provoquer une crise d'épilepsie généralisée en délivrant une impulsion électrique au niveau de la boîte crânienne. Elle est indiquée en deuxième intention en cas d'échec ou de contre-indication absolue des antidépresseurs (ATD) ou en première intention dans les formes stuporeuses.

Enfin, les psychothérapies dont quelques unes ont montré leur efficacité telle que les thérapies comportementales et cognitives.

A court terme, les ATD et l'ECT sont plus efficaces, mais au long court, les thérapies sociales et psychologiques semblent donner de bons résultats pour diminuer le risque de rechutes.

Par ailleurs, il est parfois nécessaire d'utiliser des méthodes contraignantes de manière temporaire, comme l'hospitalisation.

Les indications de l'hospitalisation sont :

- La mélancolie délirante,
- La mélancolie avec idéation suicidaire,
- La dépression avec idéation suicidaire et risque de passage à l'acte,
- La dépression avec refus alimentaire engageant le pronostic vital (surtout chez le sujet âgé),
- La dépression associée à d'autres troubles compromettant l'efficacité ou la compliance du traitement,
- Entourage inexistant ou défaillant, ayant des attitudes négatives à l'égard du sujet déprimé,
- Dénier de troubles patents et refus de soins.

Toutefois, en France, l'hospitalisation des jeunes sujets est quasiment systématique.

Le suicide des jeunes est un problème de santé publique. Souvent corrélé à la dépression, il est responsable actuellement de la mort de 700 jeunes de 15 à 24 ans par an, et, est la deuxième cause de mortalité à ces âges.

Les tentatives de suicides sont beaucoup plus nombreuses avec environ 50 à 90 tentatives pour 1 décès.

En Charente Maritime, une étude appelée LYCOLL (51), a été réalisée en 2001 par un groupe de travail formé de 14 médecins généralistes libéraux, 1 psychiatre et 1 psychologue libéral ainsi que 2 universitaires, en collaboration avec la santé scolaire du département 17.

Elle consiste à mesurer le mal être de 3749 adolescents étudiants de troisième et seconde tirés au sort (la majorité des élèves ont entre 15 et 16 ans).

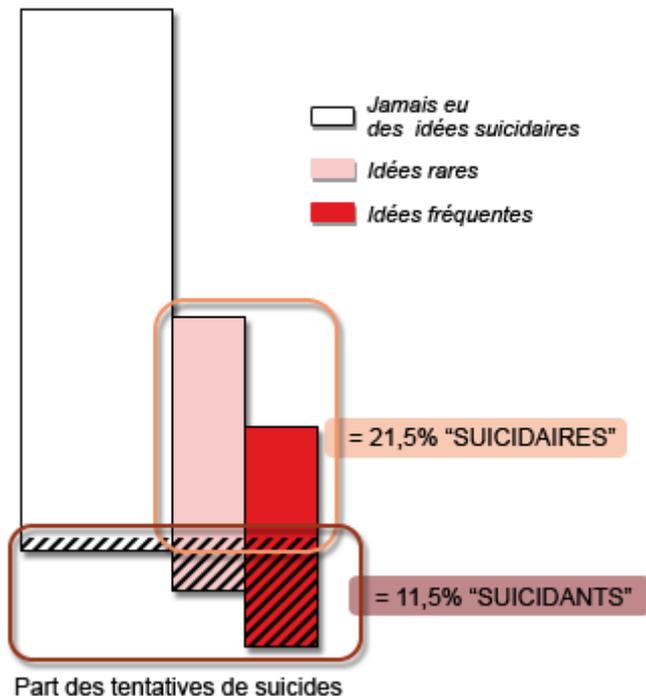


Figure 10 : Répartition des actes suicidaires déclarés en fonction de la fréquence des idées (52).

Sur les 3749 adolescents, 21.5% étaient suicidaires, c'est-à-dire qu'ils avaient déjà eu des idées de suicide, et 11.5% étaient des suicidants.

La figure ci-après est extraite d'une autre enquête réalisée en 2003 dans la continuité de l'étude LYCOLL et qui porte le même nom.

Cette fois-ci, un autoquestionnaire de 320 items est utilisé auprès de 3762 jeunes en classe de troisième et seconde tirés au sort en Charente-Maritime.

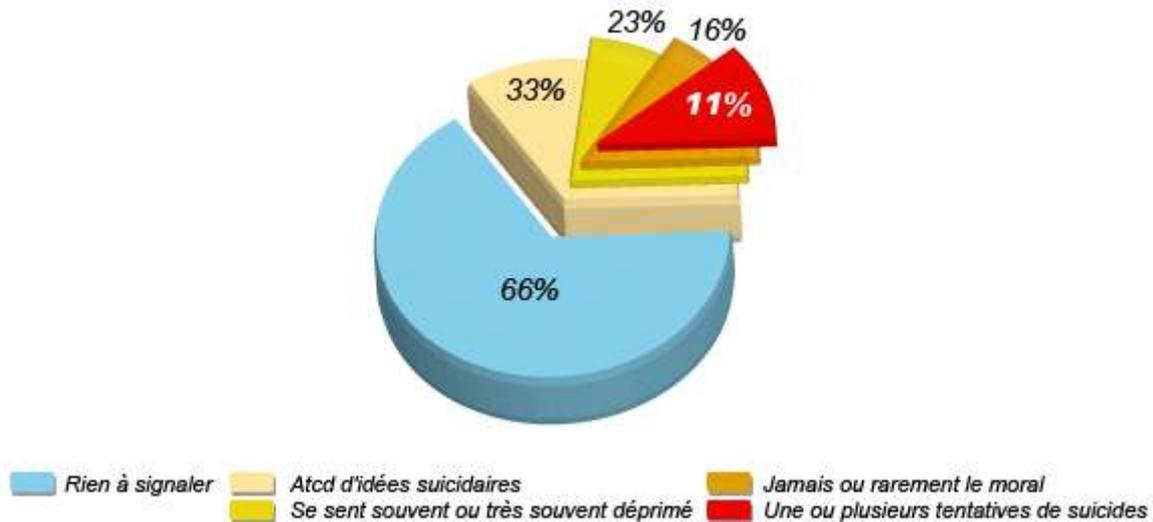


Figure 11 : Taux des différents niveaux de mal-être (population des adolescents de 3^{ème} et 2nd) (52).

Cette figure s'intéresse aux taux des différents niveaux de mal-être chez cette population d'adolescent. On y découvre que 33% des adolescents ont des antécédents d'idées suicidaires, dont 23% se sentent souvent voire très souvent déprimés.

Parmi ces derniers, 16% n'ont jamais ou rarement le moral dont 11% ont déjà fait une ou plusieurs TS.

D'autre part, les tentatives de suicide restent peu connues de l'entourage et sont très souvent sous-médicalisées.

Comme nous l'avons vu précédemment, les adolescents suicidants consultent plus souvent leur médecin généraliste que les non-suicidants. Ceci pour des plaintes somatiques ou des plaintes psychologiques qui seraient 3 à 4 fois plus fréquentes que chez les non-suicidants. Mais le suicide reste un motif extrêmement rare en consultation, environ 4 pour 10 000.

En matière de programme de prise en charge, de nombreuses stratégies ont été proposées : prise en charge ambulatoire intensive temporaire (interventions de crise), hospitalisation de jour, protocole thérapeutique particulier souvent dans le cadre d'une thérapie brève (thérapie cognitivo-comportementale, thérapie familiale).

Par ailleurs, on sait que le taux d'observance après une TS est faible, ceci est démontré par toutes les études. En moyenne, 59% des suicidants sont perdus de vue.

L'observance semble meilleure pour les prescriptions médicamenteuses (66 %) que pour une thérapie individuelle (51 %) ou une thérapie familiale (33 %). De plus, une mauvaise observance serait corrélée à l'existence de troubles psychiques chez les parents ou à un dysfonctionnement familial.

B. Prévention du suicide chez les jeunes

1. Etat des lieux

(1) (2) (30) (52)

Parmi les adolescents suicidaires ou suicidants, seule la moitié d'entre eux confie leurs idées suicidaires ou leur TS à un adulte de confiance. Et lorsque ceux-ci le font, ils se tournent davantage vers des personnes de l'entourage plutôt que des professionnels de santé ou tout autre professionnel (professeurs, éducateurs...).

En général, les idées suicidaires sont moins fréquentes dans les populations où un climat de confiance et de soutien familial existe.

Dans l'étude LYCOLL, 1/3 des adolescents suicidaires parlent de leurs idées suicidaires, contre 1/2 chez les suicidants (voir figure 12 ci-après) :

- 2/3 des adolescents suicidaires en parleront à un ami et 1/5 à leurs parents.
- 3/4 des suicidants en parleront à un ami et 1/10 à leurs parents.

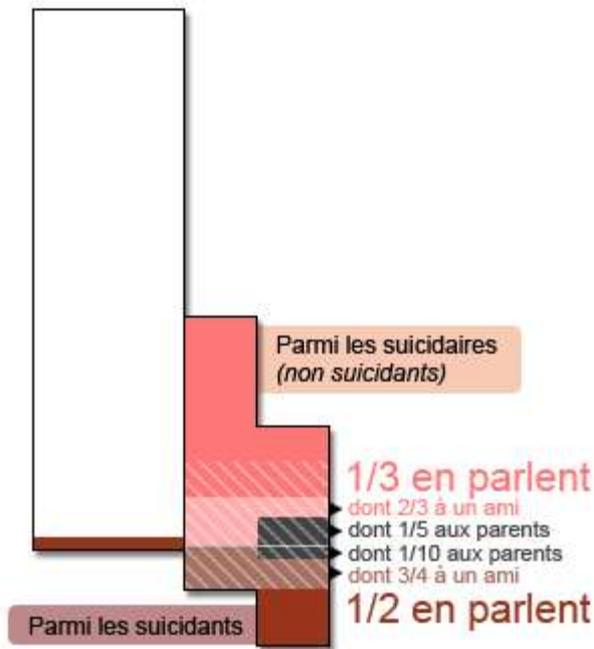


Figure 12 : Part d'adolescents parlant de leurs idées suicidaires, étude Lycoll (30).

Par ailleurs, sur les 415 adolescents ayant déclaré avoir fait au moins une TS dans l'enquête LYCOLL : (52)

- 32% ont consulté un médecin ou ont été hospitalisé en raison de cet acte,
- 60% n'ont pas été pris en charge pour cet acte mais ont consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année de l'enquête,
- Les 8% restants n'ont eu aucune occasion de consulter.

Pourtant, le recours aux soins chez les adolescents est le même que dans la population générale mais les problèmes sont plus nombreux. En effet, beaucoup d'adolescents se sentent isolés face à leurs difficultés. En dehors de la problématique dépressive qui peut sous-tendre ce sentiment de solitude, il paraît important d'assurer aux adolescents l'existence d'adultes relais entre eux et les systèmes de santé, qu'il s'agisse de la famille comme de tout autre intervenant.

Etant les médecins de premier recours, les généralistes et les pédiatres se trouvent totalement impliqués dans le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de la dépression et des crises suicidaires en association avec tous les autres intervenants du champ sanitaire et social.

Cette prise en charge est efficace à condition de garder une vigilance constante dans le repérage des troubles dépressifs et des idées suicidaires.

Une étude faite en Poitou-Charentes a montré que moins de 50% des médecins exploraient en routine les idéations suicidaires et le risque de suicide chez les adolescents. Un pourcentage identique a été retrouvé dans une étude réalisée en Caroline du nord. Pourtant, on sait que les adolescents suicidaires consultent plus souvent leur médecin que le reste de la population surtout dans les jours qui précèdent leur passage à l'acte.

Pour palier à ce phénomène, le groupe de travail à l'origine de l'étude LYCOLL, a élaboré une méthode de dépistage des idées suicidaire et du mal-être, c'est le test TSTS cafard.

Ce test permet de déterminer chez l'adolescent en consultation courante, les situations où l'abord du risque suicidaire devient une nécessité. Il consiste à poser 5 questions d'ouverture sur 4 thèmes : Traumatologie, Sommeil, Tabac, Stress familial durant la consultation (voir annexe 3).

Chaque réponse positive ouvre sur une question complémentaire indiquant une gravité. Deux réponses positives pour les filles et trois pour les garçons concernent une fois sur deux un adolescent suicidaire et légitime le médecin à s'enquérir de problèmes de mal-être actuel ou passé avec idées suicidaires.

La formation à ce test TSTS augmente sensiblement le niveau du dépistage spécifique.

De ce fait, il a été intégré dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) parmi les outils de dépistage.

2. Le dépistage en clinique

(2) (35) (52)

En France, est appliquée la politique de secteur : c'est à dire qu'une seule et même équipe a pour mission d'assurer la prise en charge de la totalité des problèmes de santé mentale de la population d'un territoire donné.

Ceci permet à l'équipe psychiatrique de connaître les particularités et spécificités de la population qu'elle dessert.

Cette connaissance de la population la plus fragile est importante, car il s'établit un contact humain entre les soignants et les adolescents suicidants. Ces contacts s'établissent généralement après un séjour prolongé à l'hôpital puis l'équipe est amenée à connaître l'environnement et les parents du patient.

Plus concrètement, après avoir décelé les signes annonciateurs de suicide, un entretien avec un psychiatre doit être prévu.

Celui-ci procèdera avec l'adolescent à une investigation des idées de mort mais aussi des facteurs qui incitent ou empêchent le passage à l'acte.

La recherche auprès de l'adolescent, des idées de mort, ne risque pas d'en donner à celui qui n'en n'aurait pas, contrairement à ce qui est fréquemment redouté. Par contre, il est certain qu'en s'abstenant, on laisse dans sa détresse celui qui en aurait. Il est même observé une nette amélioration de l'état du patient après l'entretien. En effet, l'adolescent se sent compris et apprécie l'absence de tabou.

Ensuite, il est important de détecter les facteurs de dangerosité du passage à l'acte :

- Le niveau de souffrance : repli, désespoir, dévalorisation, culpabilité
- Le degré d'intentionnalité : la précision du scénario
- Le niveau d'impulsivité : la tension d'instabilité
- Un événement précipitant : rupture, échec, conflit
- La disponibilité des moyens : arme, corde, médicaments...
- La qualité du soutien : type de lien avec les proches et problèmes de communication.

Un suicide mortel est souvent lié à une déception amoureuse et une tentative de suicide à une mésentente avec les parents.

Le dépistage des adolescents suicidaires se fait par la recherche des principaux facteurs de risques énoncés précédemment c'est à dire la dépression, les abus de substances toxiques, les idées suicidaires récentes ou fréquentes et surtout les antécédents de TS. Il se fait à l'aide d'un questionnaire ou d'un entretien individuel.

Des études publiées ont montré que ces dépistages avaient une sensibilité comprise entre 83 et 100% mais la spécificité se situe entre 51 et 76 % seulement. On a donc peu de faux négatifs mais un nombre important de faux positifs.

De ce fait, une seconde évaluation doit être réalisée pour les sujets « positifs » à ce questionnaire, cette fois-ci systématiquement par un clinicien qui se sert d'échelles d'évaluations centrées sur les conduites suicidaires et sur les diagnostics psychiatriques.

En effet, il existe des constantes chez les adolescents suicidants :

- Incapacité à supporter les pertes ou les séparations,
- Dépendance forte aux proches,
- Faible tolérance aux contrariétés,
- Difficultés relationnelles basées sur une intolérance à la soumission.

Avec comme facteur aggravant le risque de passage à l'acte :

- Antécédents d'abus sexuels,
- Insertion familiale ou sociale délétère : communication intrafamiliale défailante, pas d'échange sur les émotions...
- Présence de troubles psychiatriques.

Il est donc important, après avoir repéré les sujets à risque, d'avoir des équipes soignantes disponibles étant donné que ces stratégies de dépistage sont opérateur-dépendants.

Par ailleurs, il existe des centres d'écoute téléphonique pour les personnes en souffrance psychologique ou plus spécifiquement pour les personnes suicidaires. Mais il n'y a que peu d'études concernant l'usage de ces lignes par les adolescents. Cependant, une étude révèle qu'entre 1 et 6% des adolescents utiliseraient la ligne SOS et seulement 4% de ces appels téléphoniques concerneraient le suicide.

D'autre part, en termes de prévention du passage à l'acte, il est évident qu'une restriction de l'accès aux moyens létaux et notamment aux médicaments et armes à feu est essentielle. En effet, l'impulsivité de l'adolescent dans le passage à l'acte suicidaire accroît la dangerosité de la présence d'armes à feu aisément accessibles. Ainsi aux Etats-Unis, l'utilisation d'armes à feu représente le premier mode de suicide.

En France, les armes en circulation sont certes moins nombreuses mais il ne faut pas ignorer la présence d'armes de chasse en particulier à la campagne.

D'après Brent et al., la présence d'une arme à feu au domicile constitue un facteur de risque de suicide important chez l'adolescent, notamment chez l'adolescent ne présentant pas de pathologie psychiatrique patente.

De plus, il existe un phénomène de contagion du suicide qui est bien connu et surtout chez les adolescents. Dès lors, des recommandations ont été proposées aux médias pour éviter ce phénomène.

Ces programmes de prévention ont démontré une réelle efficacité par 2 études suisse et autrichienne.

3. Programmes nationaux de prévention du suicide

(6) (26) (52) (53)

De nombreux programmes nationaux de prévention ainsi qu'une stratégie nationale d'actions face au suicide a été menée par le ministère de la santé entre 2000 et 2005, voici son évaluation et les principaux points réalisés (voir annexe 4).

Quatre axes prioritaires d'intervention avaient été retenus afin de diminuer le nombre de suicide en France :

- Favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires
- Diminuer l'accès aux moyens létaux couramment mis en œuvre lors de suicide
- Améliorer la prise en charge
- Améliorer la connaissance épidémiologique

D'autres programmes de prévention en lien avec l'Education Nationale dans le cadre du Partenariat en Santé Publique développé entre le Ministère de l'éducation et celui de la santé en juillet 2003 sont plus centrés sur les adolescents.

Ils ont pour objectif de favoriser la mise en place d'actions pour la promotion de la santé mentale des enfants et adolescents auprès des acteurs qui les prennent en charge.

Plusieurs mesures ont été prises :

- Mise à disposition de matériels pédagogiques et de manuels d'intervention ayant fait leurs preuves dans le champ de la promotion de la santé mentale,
- Réalisation d'un guide d'aide à l'action en promotion de la santé mentale chez les enfants et adolescents par l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES),
- Conception et diffusion d'un CD-Rom d'aide à la constitution d'un fond documentaire et pédagogique en promotion de la santé mentale par l'INPES,
- Mise en œuvre d'études évaluatives standardisées dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé mentale,

- Incitation au développement de partenariats médecins généralistes-psychiatres-psychologues, qu'ils exercent en libéral ou en Centres-Médico-Psychologique (CMP) / hôpital, pour améliorer la prise en charge coordonnée du patient et favoriser une intervention spécialisée plus précoce si nécessaire,
- Incitation au développement de réseaux en santé mentale avec participation de tous les partenaires impliqués : secteur psychiatrique, médecins généralistes, médecins spécialistes, professionnels du champ social, représentants des usagers et des familles, professionnels de l'éducation nationale, de la justice, des institutions du champ sanitaire,
- Amélioration de la formation initiale en psychiatrie des médecins généralistes en augmentant le nombre d'heures d'enseignement sur les thérapeutiques et la prescription,
- Augmentation des prises en charge ambulatoires au sein des CMP et diversification des alternatives à l'hospitalisation complète,
- Sensibilisation des enseignants au repérage des modifications comportementales des enfants dans le cadre scolaire,
- Mieux former les infirmières à l'écoute des jeunes,
- Poursuite de la mise en place des « maisons des adolescents »,
- Développement de l'offre de soins en pédopsychiatrie afin d'assurer une prise en charge de proximité en apportant des réponses diversifiées et coordonnées.

Puis, de 2005 à 2008, a été mis en place le plan de psychiatrie et de santé mentale. Il prévoyait la poursuite de la stratégie nationale d'actions face au suicide et son évaluation en 2006. De plus, il a fixé des actions en matière de dépistage et de traitement de la dépression qui est un facteur de risque important de la crise suicidaire.

Par ailleurs, on citera :

- La loi n° 806-2004 relative à la politique de santé publique du 9 août 2004. Un des objectifs était la réduction de 20 % du nombre de suicides à l'horizon 2008. De plus, elle prescrivait l'établissement d'un Plan régional de santé publique (PRSP) développant la thématique « santé mentale et suicide ».
- La deuxième version du manuel de certification des établissements de santé. Ceux-ci y sont incités à mettre en place des revues de la morbi-mortalité incluant les TS et les suicides survenant au cours de l'hospitalisation ou des prises en charge ambulatoires.
- L'organisation des journées nationales pour la prévention du suicide par l'Union nationale pour la prévention du suicide (UNPS) avec le soutien du ministère chargé de la Santé.

Enfin, le 9 septembre 2013, un décret crée un Observatoire national du suicide auprès du ministre chargé de la Santé. Parmi les missions qui lui sont confiées, l'Observatoire est chargé de coordonner et d'améliorer les connaissances sur le suicide et les tentatives de suicide mais aussi de produire des recommandations, notamment en matière de prévention. Il est composé à la fois d'experts, de professionnels de santé, de parlementaires, de représentants d'administrations centrales et de représentants d'associations de familles et d'usagers.

Ses missions sont :

- Coordonner les différents producteurs de données et améliorer le suivi des suicides et tentatives de suicide ;
- Développer la connaissance des facteurs de risque et des mécanismes conduisant aux suicides et aux tentatives de suicide, afin d'en améliorer la prévention ;
- Promouvoir et valoriser les dispositifs de collecte, de suivi et d'alerte sur le suicide en participant à la diffusion des résultats et en facilitant l'accès aux bases de données ;

- évaluer l'effet des politiques publiques en matière de prévention du suicide et des tentatives de suicide ;
- produire des recommandations, notamment en matière de prévention.

4. L'Autopsie psychologique comme nouveau moyen de prévention

(23) (26) (54) (55)

L'autopsie psychologique est un outil clinique et un outil de recherche susceptible d'éclaircir les circonstances d'un décès dans les cas de suicide, d'homicide ou de mort suspect.

Cette méthode a été développée aux Etats-Unis en 1961. En France elle n'est pour l'instant pas appliquée faute d'absence de protocoles standardisés.

Son principe repose sur l'analyse rétrospective du parcours psychologique, social et médical de sujets décédés par suicide. Elle vise à identifier les facteurs de risque, les événements précipitants ainsi que les interactions complexes entre les différents facteurs susceptibles d'être impliqués dans le geste suicidaire.

À ce titre, nous avons découvert des données concordantes dans les trois études pilotes utilisant cette méthode : deux menées aux États-Unis et une au Royaume-Uni (56). Ainsi, un trouble psychiatrique a été identifié dans la majorité des suicides analysés (93-100%) ; la dépression était la plus fréquente (30-70%), puis l'alcoolisme (15-27%) et la schizophrénie (2-12%).

L'autopsie psychologique comprend des dimensions spéculatives et probabilistes. Néanmoins, cette méthode est la meilleure pour faire le lien entre la survenue de certains événements et l'acte suicidaire ainsi que pour comprendre les comportements qui précèdent le passage à l'acte. Dès lors, la connaissance des causes de décès par suicide permet l'amélioration de la prévention du suicide. De plus, la prise de contact avec les informants endeuillés et l'entretien qui s'ensuit peut avoir un retentissement psychologique positif pour ces personnes, apportant une dimension de postvention à l'autopsie psychologique.

Elle est également efficace sur le plan de l'analyse de la demande de soins. En effet, certaines équipes vont évaluer la fréquence des consultations antérieures au suicide.

Elle consiste en fin de compte à analyser des trajectoires de vie dans une logique chronologique, multidimensionnelle et pluriprofessionnelle.

En dehors des troubles psychiatriques associés au geste suicidaire, d'autres études ont rapporté des dimensions psychosociales associées au décès par suicide comme l'adversité précoce, un manque de compétence parentale, la maltraitance et l'abus physique et sexuel, l'exposition à des événements traumatiques ainsi que des échecs affectifs etc...

A la demande de la Direction Générale de Santé (DGS), l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) a réalisé une expertise permettant de définir des grands principes et les pré-requis pour le développement de recherches utilisant l'autopsie psychologique et d'établir un cahier des charges pour une bonne pratique de cette méthode. Nous allons détailler les points essentiels de cette expertise :

Les principaux objectifs primaires de l'autopsie psychologique sont les suivants :

- Identifier et expliquer les raisons du suicide,
- Evaluer les facteurs de risque suicidaire que présentait la personne décédée,
- Comprendre pourquoi une personne a choisi de se suicider,
- Accumuler des données pour mieux comprendre le comportement suicidaire, dans une démarche de prévention ;
- Evaluer l'implication d'un tiers dans le processus suicidaire,
- Disposer d'un outil de recherche pour aider à la compréhension et à la prévention du suicide,
- Disposer d'un outil thérapeutique permettant d'aider les survivants d'un suicide.

D'autre part, les sources d'information doivent être diversifiées. Elles comprennent les données d'une éventuelle enquête judiciaire et les données médicales obtenues auprès du médecin traitant ou de praticiens hospitaliers. Le médecin traitant est une personne importante dans une telle recherche, tant par sa connaissance médicale du suicidé et de son contexte de vie, que par sa proximité potentielle avec l'entourage. De plus, un grand nombre de médecins traitants sont soucieux de transmettre les données relatives à leurs patients suicidés. Le médecin peut tout à la fois devenir un informant de grande qualité comme il peut constituer le relais avec l'entourage de la personne suicidée. Il peut également assurer la validité des informations recueillies par le chercheur.

Néanmoins, la source d'information principale provient de l'entretien avec les proches de la personne suicidée.

Le moment approprié pour prendre contact avec les proches varie entre 3 mois et un an après le décès. C'est un délai qui permet à la mémoire des proches de ne pas être trop altérée et au travail de deuil d'être déjà entamé.

L'entretien dure entre 2 et 5 heures et se déroule généralement au domicile du proche ou en terrain neutre. Il est enregistré sur un support audio, ce qui semble rencontrer l'assentiment de nombre d'informants et permet plus de fluidité.

Durant l'entretien, des échelles d'évaluation sont utilisées. Elles permettent que tous les domaines à exploiter soient couverts et confère une structure à l'entretien.

Le tableau ci-après regroupe quelques instruments d'évaluation directe ou indirecte des informants.

Tableau 16 : Exemples d'instruments utilisés dans l'autopsie psychologique et validés en France (26).

Champ d'investigation	Questionnaires	Sources
Activité socioéconomique	<i>Social Network index</i> (Berkman, 1983)	Hawton et coll., 2001
	<i>Activity of daily living and Physical of self maintenance scale</i> (Lawton et Brody, 1969 ; Elley et Irving, 1976)	Conner et coll., 2003
Fonctionnement	<i>Global Assessment of Functioning scale</i> (GAF) (axe V du DSM-IV)	Harwood et coll., 2001
	<i>Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly</i> (IQCODE) (Jorm, 1994)	Forman et coll., 2004
Événements de vie	<i>Social readjustment rating scale</i> (Holmes et Rahe, 1967 ; Brugha et Cragg, 1990)	Duberstein et coll., 1994 Lesage et coll., 1994
	<i>Interview for recent life events</i> (Paykel et coll., 1971)	Hawton et coll., 2001
	<i>Louisville Older Persons Events scale</i> (Mummet et coll., 1983)	Conner et coll., 2003
	<i>Life History Calendar</i> (Caspi et coll., 1996)	
	<i>ALPHI-Adult Life Phase Interview</i> (Bifulco et coll., 2000)	
Trouble mental	DSM-III-R et/ou DSM-IV et/ou CIM-10	Lesage et coll., 1994
	SCID (Spitzer et coll., 1986)	Conwell et coll., 1996
	<i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for school age children</i> (SADS) (Chambers et coll., 1985)	Alexopoulos et coll., 1999 Hawton et coll., 2001 Conner et coll., 2003 Forman et coll., 2004
Dépression	<i>Hamilton Rating scale</i> (Hamilton, 1960)	Duberstein et coll., 1994
	<i>Montgomery and Asberg Depression Rating Scale</i> (MADRS) (Asberg et coll., 1976)	Lynch et coll., 1999 Forman et coll., 2004
Troubles de la personnalité	<i>NEO-Personality inventory, Personality Assessment Schedule</i> (PAS) (Tyne et coll., 1988)	Duberstein et coll., 1994
	<i>Structured assessment of personality</i> (Mann et coll., 1981)	Hawton et coll., 2001
	<i>Personality Assessment Schedule</i> (PAS-R)	
Profil psychologique	<i>Diagnostic Interview for children and adolescents</i> (Herjanic et Campbell, 1977)	Shafiq et coll., 1988
Impulsivité Agressivité Hostilité	Questionnaire d'Eysenck (Eysenck et Eysenck, 1977)	Hawton et coll., 2001
	Echelle de Barratt (BIS-10) (Barratt, 1985 ; Baylé et coll., 2000)	
	Plutchik et van Praag, 1986	
	Brown et coll., 1979 et 1982 Busset Durkee, 1957	
Intention suicidaire, Idéation	<i>Suicide Intention Scale</i> (SAS) (Beck et coll., 1974)	Lesage et coll., 1994
	<i>Suicide ideation</i>	Conwell et coll., 1996
	<i>Diagnostic Interview Schedule</i> (DIS)	Lynch et coll., 1999 Forman et coll., 2004
Utilisation du système de soins	<i>Cumulative Index Rating Scale</i> (Karnoisky et Burchenal, 1949 ; Linn et coll., 1968)	Karnoisky et Burchenal, 1949

Concernant les interrogateurs, la plupart de ces études emploient des psychologues ou des psychiatres, d'autres des travailleurs sociaux ou des infirmiers.

Par ailleurs, une équipe de professionnels de la santé mentale doit être disponible pour une éventuelle prise en charge de tout participant, informant ou chercheur, qui en aurait besoin ou qui le souhaiterait. Notons que cette aide peut avoir un caractère immédiat ou différé.

De nombreux domaines sont abordés au décours d'une autopsie psychologique, en voici les principaux :

- Les détails de la mort : circonstances, méthode du suicide, préméditation ;
- L'historique familial, comprenant les antécédents psychiatriques et les conduites suicidaires ;
- L'enfance, l'adolescence, l'éducation (trajet de vie) ;
- Les relations avec le partenaire, la famille, les amis ;
- Le support social ou l'isolement ;
- Le style de vie et la situation maritale ;
- Les problèmes éventuels avec la justice ;
- La situation et les conditions professionnelles ou scolaires ;
- La santé physique : affection actuelle, maladie grave, douleur chronique, historique de traitements etc...
- Les consultations chez le médecin traitant pour un problème psychologique ;
- La dernière visite du médecin traitant ;
- Les antécédents de suivi psychiatrique ambulatoire et hospitalier ;
- L'historique d'un traitement psychiatrique ;
- Le dernier rendez-vous psychiatrique ;
- La durée du suivi avec un service de soins psychiatriques ;
- Les antécédents de tentatives de suicide et/ou d'auto-mutilation ;
- Les troubles de la personnalité et les facteurs associés ;
- Le comportement religieux ;
- Les événements de vie ;
- Le contact avec un professionnel de soin avant le décès ;
- Les réactions des proches face au décès.

L'évaluation de la présence d'un trouble psychiatrique est réalisée grâce à des systèmes de diagnostics tels que l'ICD (International classification of diseases) ou le DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders).

Cependant, plusieurs problèmes peuvent entacher la validité et l'exactitude des données obtenues par les entretiens avec les proches. En effet, le rappel des souvenirs peut être altéré. Certains aspects peuvent être enjolivés, exagérés ou encore oubliés.

D'autres événements peuvent être :

- Méconnus : par exemple des parents peuvent ignorer la prise de produits toxicomanogènes par leurs enfants ou ne pas avoir connaissance de difficultés liées à leurs orientations sexuelles,
- Tus : pour ne pas faire apparaître la personne suicidée sous un mauvais jour,
- Reconstitués.

Malgré les limites de l'autopsie psychologique, les principales conclusions de l'expertise collective, réalisées sous l'égide de l'Inserm en 2005, font apparaître que l'autopsie psychologique est un outil d'intérêt pour la prévention et la postvention du suicide.

II. Stratégie thérapeutique : prise en charge de la dépression (cas général)

A. Les traitements classiques

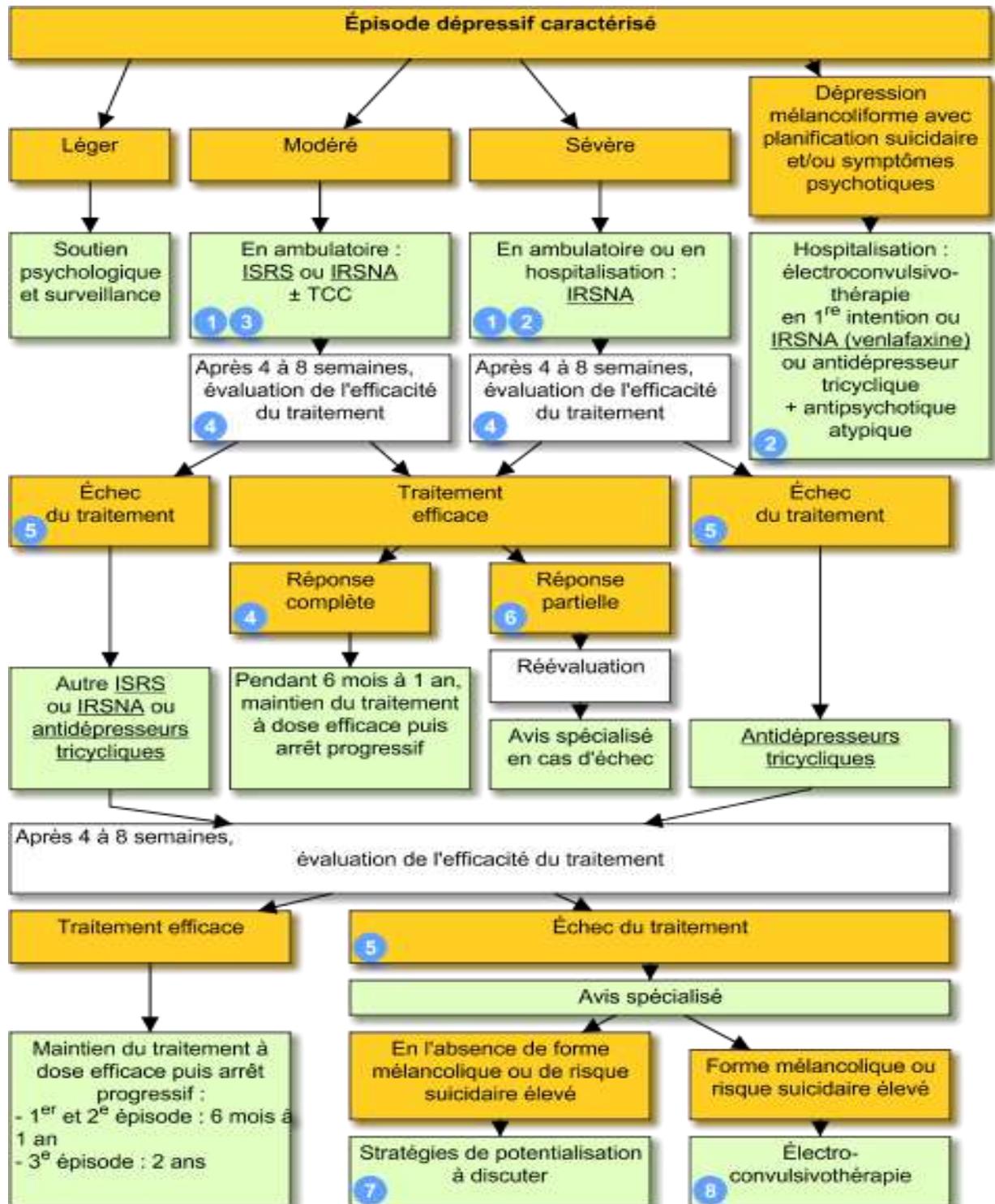


Figure 13 : Prise en charge de la dépression : cas général (57).

1. Antidépresseurs

(58)

Nous traiterons uniquement les antidépresseurs (ATD) utilisés dans la dépression majeure chez l'adolescent (15-24 ans). Nous expliquerons leurs mécanismes d'action, leurs effets indésirables (EI) et contre-indications (CI). Enfin, nous verrons à partir de quel âge ils sont utilisés et dans quelle mesure ils s'inscrivent dans la prise en charge de l'épisode dépressif majeur.

Par ailleurs, il est important de préciser que les âges correspondant aux différentes périodes de la vie dans les études et sources que nous citerons, sont :

- L'enfance : 2-12 ans
- L'adolescence : 12-18 ans
- L'âge adulte > 18 ans

Nous présenterons les différentes classes d'ATD utilisées dans la prise en charge des états dépressifs majeurs en précisant **ceux qui ont l'indication chez l'enfant et l'adolescent.**

Parmi les ATD, on distingue :

- Les inhibiteurs de la monoamine-oxydase (IMAO) : non sélectifs et sélectifs,
- Les ATD tricycliques : dérivés de l'imipramine et dérivés de l'amitriptyline,
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de serotonine (ISRS) et inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa),
- Autres ATD : Valdoxan®, Stablon®, Miansérine®, Norset®.

Ces ATD présentent des caractéristiques communes, en effet tous :

- Sont contre-indiqués en cas d'hypersensibilité à la molécule ou à l'un de ses excipients,
- Ont un effet sédatif plus ou moins important et nécessite une vigilance accrue des conducteurs de machines,
- Entraînent une possible levée d'inhibition chez les patients suicidaires.

a) Les inhibiteurs de la Mono Amine Oxydase (IMAO)

(18) (58) (59)

Les monamine-oxydases sont des enzymes retrouvées sur la membrane externe des mitochondries, en grand nombre dans les extrémités neuronales. Il en existe deux sous-types : MAOa et MAOb.

Les IMAO augmentent la concentration synaptique en monoamines par une diminution de leur dégradation en agissant sur les monoamine-oxydases (MAO).

On distingue :

❖ **Iproniazide : Marsilid®**

C'est un IMAO non sélectifs, qui inhibe la MAOa métabolisant surtout la sérotonine et la noradrénaline, ainsi que la MAOb métabolisant surtout la dopamine.

Certains substrats, comme la tyramine et la tryptamine, sont catabolisés par les deux types d'enzymes. De plus, la MAOb est indispensable au métabolisme de la tyramine et des sympathomimétiques exogènes, son blocage entraîne donc un risque d'hypertension fulminante (« effet fromage »).

D'autre part, l'iproniazide exerce une action irréversible sur l'enzyme. De ce fait, il est obligatoire d'observer un intervalle de 15 jours pour passer à un autre ATD.

Il est indiqué dans l'EDM, en deuxième intention. Les doses, chez l'adulte, devront être progressives jusqu'à 50 à 100 mg/jour.

En raison :

- Des interactions potentiellement graves avec le chocolat, le fromage et la bière qui sont riches en tryptamine ainsi que l'alcool et certains ATD etc...,
- De l'intervalle à respecter en cas d'échec avant de passer à un autre ATD,
- Des EI potentiels : accès hypertensifs, hypotension orthostatique, excitation, insomnie etc...,

cette molécule n'est pas prescrite en première intention et son utilisation doit être restreinte.

❖ **Moclamine : Moclobémide® :**

C'est un ATD qui inhibe sélectivement et réversiblement la MAOa. Celle-ci a pour substrat préférentiel la noradrénaline et la sérotonine qu'elle désamine.

Il est bien toléré, dispose d'un effet psychotonique, pas d'action sédatrice ni anxiolytique. Son efficacité est comparable à celle des imipraminiques. De plus, des études comparatives ont montré que le moclobémide® était mieux toléré et moins toxique en cas d'ingestion massive que les tricycliques et que les IMAO classiques.

La seule indication est l'épisode dépressif majeur. Ce composé est utilisé chez l'adulte à des doses allant de 300 à 600 mg/jr à fractionner en 2 ou 3 prises aux repas.

Il a fait la preuve de son efficacité dans la dépression ainsi que dans les troubles anxieux. Cependant, il est contre-indiqué chez les patients < 15 ans. En effet, ce psychotrope ne dispose pas encore d'agrément avant l'âge adulte étant donné que l'efficacité et la sécurité d'emploi dans la population pédiatrique n'ont pas encore fait l'objet d'études suffisantes.

Les autres CI sont : la porphyrie, la grossesse, l'allaitement et certaines associations (IMAO non sélectifs, mirtazapine, tramadol, triptans, sympathomimétiques, dextrométorphan, bupropion et sélégiline).

Les associations déconseillées (AD) sont : les ATD imipraminiques, les ISRS, la venlafaxine, la carbamazépine, le lithium et le millepertuis.

Les effets secondaires rencontrés comportent des vertiges, des nausées et des insomnies. Dans l'ensemble, la tolérabilité semble globalement comparable à celle des ISRS, mais sans comporter les effets secondaires gastro-intestinaux.

On notera quelques précautions d'emploi :

- En cas d'anesthésie générale, arrêter le traitement par moclamine 24 heures avant.
- L'alcool est déconseillé.

b) Les antidépresseurs tricycliques

(58) (59)

L'imipramine (Tofranil®), la clomipramine (Anafranil®), l'amitriptyline (Laroxyl®, Elavil®) sont les molécules de référence dans le traitement de la dépression majeure.

Ces trois composés inhibent la recapture à la fois de la noradrénaline et de la sérotonine. L'amitriptyline a une action prédominante sur la sérotonine, les deux autres sur la noradrénaline. Ce sont des psychotropes thymo-analéptiques c'est-à-dire stimulant l'humeur, susceptibles de corriger la tristesse caractérisant la dépression.

Ils sont indiqués, entre autres, dans l'épisode dépressif majeur de l'adulte :

- La clomipramine est utilisée à faible dose dans la prévention des rechutes chez les adultes dépressifs unipolaires,
- L'imipramine et la clomipramine peuvent être utilisées dans les dépressions où l'inhibition psychomotrice et l'asthénie prédominent mais aussi dans les formes agitées, anxieuses ou à fort potentiel suicidaire,
- L'amitriptyline est plutôt utilisée dans cette dernière forme de dépression en raison de son effet sédatif.

La dose usuelle journalière de ces 3 molécules est de 25 à 150 mg. Elle doit être progressive jusqu'à la posologie efficace. De plus, une durée minimale de 6 mois dans les dépressions sévères et de 4 à 6 mois dans les dépressions modérées doit être respectée afin de prévenir des rechutes.

Le délai d'action de ces produits est de 20 jours à 4 voire 6 semaines. De ce fait, il est nécessaire d'attendre au moins 3 semaines de traitement à doses correctes avant d'en changer.

Les CI sont le glaucome à angle fermé, les obstacles urétroprostatiques avec risque de rétention urinaire, l'infarctus du myocarde récent. Mais aussi l'association aux IMAO non sélectifs (intervalle de 7 jours pour passer des imipraminiques aux IMAO).

Sont déconseillées, les associations avec l'alcool, les IMAOa, les ISRS, l'oxitriptan, la rilménidine, les sympathomimétiques mixtes et la clonidine.

La prudence est requise pour :

- Les patients atteints d'épilepsie, d'affections cardio-vasculaires, d'insuffisance rénale ou hépatique et de dysthyroïdie ;
- Les patients à risque suicidaire (nécessitant une hospitalisation).

Les principaux EI sont :

- Effets atropiniques : bouche sèche, constipation, mydriase, tachycardie etc...,
- Effets centraux : somnolence et asthénie (amitriptyline), tremblements etc...,
- Hypotension orthostatique, prise de poids, sueurs, chute de cheveux etc...

En cas de surdosage aigu, on observe des effets atropiniques suivis d'une ataxie, de vertiges, de tremblements, d'agitation, d'un état stuporeux, de coma, de convulsion, de dépression respiratoire et de toxicité cardio-vasculaire. Cela nécessitera un traitement symptomatique ainsi qu'une surveillance des fonctions cardiaques et respiratoires pendant au moins 5 jours.

c) Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine (ISRS)

(58) (59) (60)

Il existe actuellement six molécules sur le marché français : la fluoxétine (Prozac®), la sertraline (Zoloft®), la paroxétine (Deroxat®, Divarius®), la fluvoxamine (Floxyfral®), le citalopram (Seropram®) et l'escitalopram (Seroplex®).

Ces composés agissent en inhibant la recapture de la sérotonine ainsi que, pour certains d'entre eux et de façon très modérée, la recapture de la noradrénaline. De nombreux récepteurs sérotoninergiques existent, et chacune de ces molécules interagit de manière différente avec ceux-ci. Cela explique pourquoi, chez un sujet donné, ces molécules auront des effets thérapeutiques et des EI différents.

Les ISRS ont largement fait la preuve de leur efficacité et de leur sécurité d'emploi chez l'adulte. Ils présentent un intérêt considérable en pratique clinique car, contrairement aux ATD tricycliques :

- Leur efficacité dans le traitement des états dépressifs de l'enfant et de l'adolescent a été prouvée,
- Il n'existe ni effet cardio-vasculaire préoccupant, ni risque léthal en cas d'ingestion massive,
- Leurs effets secondaires sont beaucoup moins gênants et mieux acceptés,
- Une prise quotidienne est suffisante (sauf la fluoxétine à faible dose : 2 prises par jour).

Ils sont indiqués, entre autres, dans :

- Le traitement de l'épisode dépressif majeur de l'adulte (et de l'enfant > 8 ans pour la fluoxétine), en association avec un prise en charge psychothérapeutique,
- La prévention des récives dépressives en cas de trouble unipolaire récidivant (pour la sertraline)

Les doses usuelles sont :

- Fluoxétine : 20 mg/jour en 1 prise le matin au repas (dose max = 60 mg/jour),
- Fluvoxamine : 100 mg/jour au repas du soir (dose max = 300 mg/jour),
- Paroxétine : 20 mg/jour en 1 prise le matin au repas (dose max = 60 mg/jour),
- Sertraline : adulte : 50mg/jour au cours d'un repas (dose max = 200 mg/jour),
- Citalopram : 20 à 40 mg/jour pour les comprimés, 16 à 32 mg/jour pour la solution buvable. Ceci en 1 prise, en débutant par 10 à 20 mg/jour (dose max = 40 mg/jour),
- Escitalopram : 10 mg/jour en 1 prise, en commençant par 5 mg/jour la 1^{ère} semaine (dose max = 20 mg/jour).

Le traitement doit être instauré à doses progressives, par paliers hebdomadaires. De plus, la diminution des doses sur 2 semaines à 2 mois est fortement recommandée, en raison d'un syndrome de sevrage fréquent (moins fréquent pour la fluoxétine qui a une demi-vie longue). En effet, ces phénomènes de sevrage concernent 14 % des patients interrompant brutalement un traitement par la fluoxétine, 60 % des patients interrompant brutalement la sertraline et 66 % des patients interrompant brutalement la paroxétine. Les symptômes associés : vertiges, agitation, anxiété, nausées, tremblements et céphalées.

Seule la fluoxétine possède une AMM dans les états dépressifs dès l'âge de 8 ans, mais l'utilisation des ISRS reste déconseillée avant l'âge de 18 ans au vu du risque suicidaire. En effet, les données épidémiologiques suggèrent que ces ISRS peuvent augmenter le risque de survenue de comportements auto-agressifs, voire suicidaires, chez l'enfant et l'adolescent. Cependant, elles tendent aussi, au contraire, à montrer que les taux de mortalité par suicide ont diminué, dans cette population, depuis l'introduction de ces molécules. De plus, le rapport de l'American College of Neuropsychopharmacology, publié en janvier 2004 va dans le même sens, précisant que :

- aucune augmentation significative de l'idéation ni des comportements suicidaires n'a été mise en évidence dans des essais cliniques portant sur plus de 2 000 jeunes patients traités par des ISRS et autres antidépresseurs.
- depuis 15 ans, le suicide a baissé de 33 % en moyenne chez les jeunes parallèlement à une augmentation massive des prescriptions d'ISRS, ceci dans 15 pays différents.
- des études utilisant l'autopsie psychologique montrent que, chez de jeunes patients déprimés, les suicides seraient plutôt liés au fait de ne pas prendre de traitement antidépresseur.

Par ailleurs, le mécanisme par lequel les ISRS entraîneraient de tels EI demeure inconnu. Ce qui est sûr, c'est que ces effets secondaires ne sont pas propres à l'enfant et à l'adolescent et qu'ils peuvent être observés aussi chez l'adulte.

Or, deux méta-analyses chez l'adulte ont suggéré que les traitements par ISRS jouaient au contraire un rôle protecteur.

Au vu de ces considérations, la prescription d'un ISRS dans les troubles dépressifs de l'adolescent ne doit pas être systématique. Elle ne se justifie qu'en cas de troubles sévères ou d'échec d'une prise en charge psychothérapique, et doit toujours faire l'objet d'une évaluation soigneuse et régulière de son efficacité et de sa tolérance.

Les CI sont :

- association aux : IMAO, triptans, métoprolol, linézolide, médicaments allongeant l'espace QT (citalopram, escitalopram)
- insuffisance rénale sévère (citalopram, escitalopram)
- allongement congénital ou acquis de l'intervalle QT (citalopram, escitalopram)

Sont déconseillées, les associations avec l'alcool, les ATD imipraminiques et serotoninergique, la clozapine, l'olanzapine etc... La prudence est requise en cas d'association avec : les AVK, millepertuis, tramadol, diurétiques, dépresseurs du système nerveux central (SNC) etc...

Les EI le plus fréquemment rencontrés sont des nausées et plus généralement des troubles gastro-intestinaux mineurs, une perte de poids, une anxiété, une hypersudation, des maux de tête, des troubles du sommeil, des tremblements, des troubles sexuels, une certaine désinhibition comportementale, voire même dans certains cas une agitation.

En cas de surdosage, on observe : nausées, tremblements des mains, vertiges, asthénie et somnolence. Cela nécessitera un lavage gastrique et une surveillance médicale pendant au moins 24 heures.

d) Les inhibiteurs de la recapture de sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA)

(58) (59)

❖ **Milnacipran (Ixel®), Duloxétine (Cymbalta®)**

Ce sont des ATD qui inhibent la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. Ils sont indiqués dans l'épisode dépressif majeur et contre-indiqués chez les patients de moins de 15 ans.

La posologie chez l'adulte est :

- Milnacipran : 100 mg/jour en 2 prises au cours des repas
- Duloxétine : 60 à 120 mg/jour en 1 à 2 prises

Les autres CI sont :

- Obstacle sur les voies excrétrices urinaires (milnacipran),
- Insuffisance hépatique ou rénale sévère, HTA non contrôlée (duloxétine),
- Grossesse et allaitement,
- Association aux :
 - ✓ IMAO : intervalle de 7 jours entre l'IRSNA et les IMAO.
 - ✓ Pour le milnacipran : digitaliques, triptans.
 - ✓ Pour le duloxétine : fluvoxamine, ciprofloxacine, enoxacine, inhibiteurs enzymatiques CYP1A2.

Les principaux EI sont : vertiges, bouche sèche, anxiété, hypersudation, nausées, constipation, palpitations, insomnie, tachycardie, hyponatrémie.

Par ailleurs, en cas de surdosage, on observe : nausées, sueurs, constipation, vomissements, tachycardie et hypercapnie. Une surveillance médicale d'au moins 24 heures sera alors nécessaire.

❖ Venlafaxine (Effexor®)

Elle inhibe la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline mais aussi légèrement de la dopamine.

Elle est indiquée, entre autre, dans le traitement de l'épisode dépressif majeur chez l'adulte. Elle est contre-indiquée chez les patients < 18 ans. Les doses usuelles varient de 75 à 225 mg dans les dépressions. Par ailleurs, il existe une forme à libération prolongée (Effexor® LP) qui autorise une prise unique quotidienne au lieu des deux prises habituellement nécessaires. Le traitement devra être arrêté de manière progressive sur 1 à 2 semaines.

Les CI sont les associations aux IMAO (même intervalle que pour les autres IRSNA) et aux triptans.

L'association au tramadol est déconseillée.

Le syndrome de sevrage est à prendre en compte. De plus, l'utilisation se fera avec prudence chez les patients aux antécédents convulsifs ou de pharmacodépendance.

Les EI les plus fréquents sont : nausées, somnolence, insomnie, nervosité, sécheresse de la bouche, hypersudation, vertiges et troubles sexuels. L'administration de la venlafaxine ne provoque pas de modifications sur le tracé de l'électrocardiogramme (ECG) mais a pu, dans certains cas, augmenter légèrement la fréquence ou la tension artérielle. Celle-ci doit donc être surveillée.

En cas de surdosage, on observera : somnolence, tachycardie, allongement de QT, hypertension artérielle (HTA) et convulsions. La prise en charge sera alors une surveillance cardio-respiratoire et neurologique.

Au total, ce composé semble présenter des propriétés intéressantes à mi-chemin entre les ISRS et les ATD tricycliques, mais sans partager les effets secondaires de ces derniers.

e) Les autres antidépresseurs

(1) (2) (18) (57) (58) (59) (61) (62)

❖ **Agomélatine : Valdoxan®**

C'est un ATD mélatoninergique, agoniste des récepteurs de la mélatonine MT1 et MT2 permettant une amélioration de l'endormissement et de la qualité du sommeil. Il n'a pas d'impact sur la sécrétion de la sérotonine mais il antagonise les récepteurs sérotoninergiques 5HT2c, ce qui entraîne une libération de la noradrénaline et de la dopamine au niveau du cortex préfrontal. De plus, il permet la synchronisation des cycles circadiens.

Il est indiqué dans l'épisode dépressif majeur de l'adulte et ne doit pas être utilisé chez les patients < 18 ans. La dose journalière est de 25 mg, la dose maximale est de 50 mg en une prise au coucher. En effet, le récepteur MT2 n'étant exprimé qu'au coucher lors de l'alternance jour/nuit, l'agomélatine possède un maximum d'efficacité le soir au coucher, moment où les 3 récepteurs (MT1, MT2 et 5HT2c) sont présents.

Les CI sont :

- Insuffisance hépatique,
- Association avec la fluvoxamine et la ciprofloxacine (inhibiteurs du CYP1A2).

Son association est déconseillée avec les oestrogènes.

Les EI fréquents sont : céphalées, vertiges, somnolence, insomnie, nausées, troubles digestifs, asthénie, hyperhidrose, anxiété, augmentation des transaminases. Un contrôle à l'instauration et une surveillance régulière de la fonction hépatique devra être établie.

Ce médicament est sous un Plan de Gestion de Risque (PGR) renforcé en raison :

- De sa toxicité hépatique,
- Du risque potentiel de réactions cutanées,
- Du risque potentiel de comportements ou idées suicidaires.

❖ **Tianeptine : Stablon®**

C'est un ATD inducteur de la recapture présynaptique de la sérotonine, dépourvu d'activité anticholinergique.

Il est indiqué dans l'épisode dépressif majeur et est contre-indiqué chez les patients < 15 ans et en association avec les IMAO non sélectifs. La dose usuelle journalière chez l'adulte est de 37,5 mg répartie en 3 prises de 12,5 mg au début de chacun des repas.

Il est préférable d'arrêter le traitement progressivement en diminuant les doses sur 1 à 2 semaines pour éviter les EI transitoires, observés en cas d'interruption brutale.

Quelques rares cas de toxicomanies ont été décrétés avec cette molécule. De plus, une prise prolongée de ce médicament, surtout à doses importantes, peut provoquer une dépendance. Ce risque est accru chez les personnes ayant déjà présenté une pharmacodépendance ou une dépendance à l'alcool.

De ce fait, les règles de prescription et de dispensation du Stablon® ont été renforcées pour éviter les risques d'abus et d'usage détourné. Ainsi, la prescription doit être rédigée par le médecin en toutes lettres sur une ordonnance « sécurisée » pour une durée maximale de 28 jours. Pendant cette période, aucune autre ordonnance de ce médicament ne peut être établie, sauf mention contraire du médecin.

Par ailleurs, il présente peu d'EI mais une surveillance régulière des transaminases est recommandée.

❖ **Miansérine**

Sous le nom d'Athymil®, cette spécialité a été supprimée et n'existe que sous forme générique.

C'est un bloqueur des récepteurs α_2 pré-synaptiques, avec des propriétés sédatives et anxiolytiques. Il est dépourvu d'effets anticholinergiques et de toxicité cardiaque.

Cette molécule est indiquée dans l'épisode dépressif majeur chez l'adulte, à des doses journalières allant de 30 à 90 mg en 1 à 2 prises le soir. Une prise ne doit pas dépasser 60 mg. Un arrêt progressif sur 1 à 2 semaines sera observé.

Les CI sont : la porphyrie, la maladie coeliaque et l'association aux IMAO non sélectifs.

L'association à l'alcool est déconseillée en raison de la majoration de l'effet sédatif et une prudence est recommandée chez les épileptiques (nécessité d'augmenter les doses d'anticonvulsivants).

Les EI principaux sont : somnolence, constipation et bouche sèche.

En cas de surdosage, on observe : une somnolence, une HTA, une tachycardie ou une bradycardie et plus rarement un coma. Un lavage gastrique ainsi que l'établissement d'un traitement symptomatique seront alors nécessaires.

❖ **Mirtazapine (Norset®)**

Ce composé est un antagoniste des récepteurs centraux 2-adrénergiques présynaptiques, elle provoque une augmentation de l'activité noradrénergique et de l'activité sérotoninergique centrales. L'effet sédatif est lié au blocage des récepteurs H1 à l'histamine ; l'activité anticholinergique est, quant à elle, très faible.

Son efficacité est comparable à celle des imipraminiques et des ISRS et sa sécurité d'emploi dans la dépression chez l'adulte a été prouvée. De plus, son efficacité antidépressive est considérée comme d'apparition plus rapide qu'avec les ISRS. Cependant, elle n'a été que très peu étudiée chez l'enfant et l'adolescent.

La mirtazapine est indiquée dans le traitement de l'épisode dépressif majeur. Chez l'adulte, la dose journalière usuelle varie de 15 à 45 mg, à instaurer par paliers de 15 mg tous les 15 à 30 jours. La prise est unique et se fait au repas du soir. L'arrêt du traitement doit se faire progressivement sur 1 à 2 semaines.

En principe la mirtazapine ne devrait pas être prescrite chez l'enfant et l'adolescent de moins de 18 ans car son efficacité n'a pas été démontrée au terme de deux études cliniques.

Les CI sont : la porphyrie et l'association aux IMAO non sélectifs (intervalle de 5 jours entre les IMAO et la mirtazapine). Les recommandations concernant la consommation d'alcool et les patients épileptiques sont les mêmes que pour la miansérine.

Les EI sont essentiellement représentés par la somnolence, l'augmentation de l'appétit avec une prise de poids, les vertiges, la sécheresse de la bouche, la constipation. Plusieurs cas de neutropénie ont été signalés chez l'adulte, de ce fait, il est nécessaire de réaliser immédiatement une prise de sang en cas d'apparition de signes d'infection.

Un surdosage entraînera une sédation prolongée et nécessitera un lavage gastrique et un traitement symptomatique.

En France, les ATD les plus prescrits chez les adolescents sont les ISRS, en particulier la sertraline. Chez les adultes, les premiers prescripteurs sont les médecins généralistes. En ce qui concerne les adolescents, ces derniers préfèrent orienter vers un spécialiste et traitent rarement. Cependant, il est possible qu'un traitement soit instauré en attendant un avis spécialisé.

Dans l'ensemble, les ATD ont un effet protecteur significatif sur le risque suicidaire chez les adultes souffrant d'un trouble dépressif ou ayant des conduites suicidaires. En revanche, chez les enfants ou les adolescents, la prescription d'un ATD en 1^{ère} intention est déconseillée. Certains auteurs américains proposent même de fixer un âge légal pour une prescription de traitement antidépresseur à plus de 24 ans. En effet, des études ont montré que l'utilisation d'un ATD peut augmenter le risque de suicide chez les enfants, adolescents et adultes jeunes souffrant de dépression.

Mais si certaines études montrent une augmentation du risque de comportements autoagressifs et de suicides lors de l'usage d'ATD, d'autres soulignent que le taux de mortalité par suicide chez les adolescents a diminué depuis que les ISRS sont disponibles.

Ces résultats contradictoires sont expliqués par certains auteurs. Ces derniers rappellent la forte prévalence des troubles bipolaires débutant à l'adolescence, par un épisode dépressif majeur. Si ce trouble bipolaire n'est pas diagnostiqué comme tel et que des ATD sont prescrits, cela pourra entraîner des réactions comme une agitation ou une désinhibition. Dans ce cas, un passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif sera favorisé.

En prenant en compte ces considérations, l'ancienne AFSSAPS, l'actuelle Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié en 2006, une mise au point relative au bon usage des antidépresseurs (ATD) au cours de la dépression de l'enfant et de l'adolescent. Elle y stipule que le traitement de première intention doit être une psychothérapie. Cependant, la prescription d'un ATD en première intention pourra se justifier dans les épisodes dépressifs « caractérisés » d'intensité sévère. Ceci est valable pour la fluoxétine, qui bénéficie d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM) pour les états dépressifs des enfants > 8 ans. De plus, lorsqu'il y a indication, on choisira un ISRS plutôt qu'un antidépresseur tricyclique, compte tenu des risques cardiovasculaires et létaux en cas de surdosage.

Par ailleurs, les experts ont largement insisté sur le fait que la prise en charge doit être globale. En effet, une association du traitement médicamenteux à la psychothérapie devra être mise en place.

Ces adolescents doivent de préférence être confiés à un réseau de soins spécialisés telle que la psychiatrie. De plus, l'initiation du traitement devra s'accompagner d'une surveillance médicale très rapprochée et de la recherche d'éventuels comportements suicidaires.

On débutera l'ATD à posologie minimale en fonction du poids et des doses usuelles chez l'adulte. D'autre part, le patient et son entourage devront être informés sur la dépression ainsi que les modalités de traitement et un suivi, avant et après le traitement devra être mis en place.

Enfin, au long cours, une solution d'internat spécialisé peut être préconisée, surtout si l'adolescent présente des manifestations de souffrance psychique ou s'il existe des distorsions familiales.

2. Phytothérapie : Le Millepertuis

(18) (57) (63) (64) (65) (66) (67)

Le millepertuis ou *Hypericum perforatum*, est une plante herbacée vivace que l'on trouve dans toute l'Europe. Cette plante a longtemps été utilisée en usage externe dans le traitement des brûlures, des rhumatismes et des plaies.

Depuis 2002, il bénéficie en France d'une AMM dans le traitement des manifestations dépressives légères et transitoires.

Cependant, c'est la dose de millepertuis qui détermine son activité. En effet, à trop faible dose, il est inefficace, à dose moyenne il est sédatif et à forte dose (>300 mg d'extrait sec), il devient antidépresseur.

En France, les gélules ou comprimées disponibles (Mildac®, Procalmyl®, Arkogélules Millepertuis®) sont en vente libre. Ils sont dosés entre 185 et 600 mg d'extrait sec par unité de prise.

Chez l'adulte, la posologie journalière recommandée par les résumés des caractéristiques des produits (RCP) varie de 370 à 900 mg d'extrait sec par jour.

Il préconise de débiter le traitement par 600 mg d'extrait par jour, en deux prises matin et soir avant le repas, puis d'ajuster la dose en fonction de l'efficacité.

Toutefois, pour obtenir un effet antidépresseur, le millepertuis doit être pris régulièrement et pendant au moins 1 mois. De plus, l'effet positif ne se manifeste qu'au bout de 10 à 15 jours de traitement et une durée d'au moins 6 mois sera nécessaire avant d'évaluer son possible arrêt.

De nombreuses études ont été réalisées chez des adultes atteints de dépressions légères à modérées. Elles ont permis de mettre en évidence une efficacité équivalente du millepertuis et des effets indésirables limités et moins prononcés que ceux observés avec les antidépresseurs de synthèse. Cependant, certains auteurs ont fait remarquer que la plupart des études ne sont pas assez longues (de 6 semaines à 3 mois), et que par conséquent, il n'était pas possible de conclure sur une efficacité à long terme pour une pathologie qui dure généralement plus d'un an.

D'autre part, dans les dépressions majeures, son efficacité reste à prouver malgré le fait que certaines études aient montré une efficacité au moins égale à un antidépresseur de référence.

- L'étude de Shelton, en 2001, s'étendant sur 8 semaines, n'apporte pas la preuve que le millepertuis est plus efficace qu'un placebo pour traiter les dépressions majeures.
- L'étude de Lecrubier, en 2002, démontre que l'extrait de millepertuis à la dose de 300 mg 3 fois par jour est significativement plus efficace qu'un placebo dans la prise en charge de la dépression majeure d'intensité légère à modérée.
- L'étude de Vorbach, en 1997 a comparé l'efficacité et la tolérance du millepertuis versus imipramine. Elle a conclu à une absence de différence significative du point de vue de l'efficacité et à une tolérance nettement supérieure pour l'extrait de millepertuis.
- L'étude de Fava, en 2005 a comparé le millepertuis à la fluoxétine. Le millepertuis apparaît comme plus efficace et obtient un plus fort taux de rémission dans la dépression majeure.
- L'étude de Szegedi et al, la même année a évalué l'efficacité d'un extrait de millepertuis par rapport à la paroxétine. Les résultats ont fait état d'une efficacité de l'extrait au moins égale à celle de la paroxétine après 6 semaines de traitement chez les patients atteints de dépression modérée à sévère.

Selon les auteurs et malgré ces résultats positifs, le millepertuis ne doit pas, en l'état actuel, être utilisé chez les patients les plus sévèrement déprimés.

Par ailleurs, de nombreuses recherches ont été faites concernant son mécanisme d'action. Les résultats ont permis de comprendre une partie des différentes actions de cette plante :

- Inhibition de la recapture de : la sérotonine, la noradrénaline, la dopamine, la GABA (acide gamma amino butyrique) et du L-glutamate ;
- Inhibition de la fixation sur les récepteurs aux benzodiazépines (couplés aux récepteurs GABA) ;
- Inhibition de la fixation des récepteurs aux opiacés ;
- Modifications de la densité et de l'affinité des récepteurs -adrénergiques et des récepteurs sérotoninergiques ;
- Action sur les cytokines : diminution de l'expression de l'interleukine 6 (IL6).

Peu d'EI (généralement anodins) ont été rapportés. Les principaux sont : troubles gastro-intestinaux, nausées, céphalées, vertiges, confusion et fatigue.

Toutefois, de rares cas de survenue d'un syndrome sérotoninergique et d'une réaction cutanée à type de photosensibilisation ont été déclarés (66). Il semble donc prudent de recommander aux sujets à phototypes clairs de limiter l'exposition au soleil pendant la durée du traitement ou de couvrir les zones exposées.

Les CI sont :

- La grossesse et l'allaitement
- L'utilisation chez l'enfant
- Certaines associations (voir ci-après)

Concernant les interactions médicamenteuses (IM), le risque doit impérativement être pris en compte. En effet, les composés actifs du millepertuis induisent des enzymes du système cytochrome P450. Ainsi, ils peuvent diminuer les taux plasmatiques des médicaments métabolisés par ce cytochrome et des médicaments à marge thérapeutique étroite ou au contraire, augmenter leurs taux sanguins en cas d'arrêt du médicament. Pour cela, et selon les recommandations de l'ANSM, son utilisation est contre-indiquée en association avec :

- Les anti-coagulants
- Les anti-épileptiques
- La pilule contraceptive
- La digoxine
- les immunosuppresseurs
- les antiprotéases
- les anti-tyrosine kinases
- l'irinotécan
- la théophylline

Sont déconseillées les associations : aux ISRS et aux IMAO.

Ce bilan mitigé conduit à accepter un usage prudent du millepertuis en cas de dépression peu marquée, en dehors des CI, d'IM, et en précisant que l'effet ne sera guère plus important qu'un ATD synthétique mais qu'il sera mieux toléré.

Par contre, dans le cas des dépressions majeures, le millepertuis ne doit pas être utilisé. En effet, une psychothérapie, éventuellement associée à un autre traitement est souvent nécessaire.

Dans tous les cas, cette phytothérapie à base de millepertuis est strictement réservée à l'adulte.

3. Les thérapies complémentaires

Les thérapeutiques principales de la dépression (psychothérapie, électroconvulsivothérapie, antidépresseurs) peuvent être associées à plusieurs thérapies complémentaires telles que : l'homéopathie, l'hypnothérapie et les thérapies à médiation corporelle. D'autres sont en devenir telle que la stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS).

➤ **L'homéopathie** : (68)

Elle se définit comme une méthode pharmacologique, clinique et thérapeutique fondée sur le principe de similitude.

En psychiatrie, l'homéopathie permet d'orienter le diagnostic et un meilleur choix thérapeutique. De plus, elle permettra une baisse possible des doses de ou des antidépresseurs et la prise en charge de leurs EI.

Voici quelques exemples de souches utilisables en complément du traitement :

- En cas de stress :
 - ✓ Ignatia 15CH ou 30CH utilisée en cas de palpitations, de spasmes abdominaux et de sanglots ;
 - ✓ Argentum nitricum 15CH utilisée chez les personnes agitées et stressées à tendance diarrhéique ;
 - ✓ Nux vomica 15CH utilisée en cas d'irritabilité, de colère, d'agressivité et de spasmes digestifs ;

Pour ces souches, la posologie est de 5 granules matin et soir à renouveler en cas de besoin.

- En cas d'insomnie d'endormissement :
 - ✓ Gelsénium 15CH si l'insomnie survient à la suite de mauvaises nouvelles avec aggravation par la crainte de ne pas s'endormir ;
 - ✓ Ignatia 15CH en cas de comportement paradoxal, d'hypersensibilité et de spasmes tels que des sanglots.

à raison de 5 granules avant le repas du soir et au coucher, à renouveler en cas de réveil nocturne.

- En cas de réveils nocturnes :
 - ✓ Aconit napellus 15CH utilisée si le réveil nocturne survient en début de nuit et s'il est associé à des angoisses et à une sensation de mort imminente ;
 - ✓ Nux vomica 15CH si il existe des difficultés d'endormissement puis un réveil en milieu de nuit avec préoccupations.

à raison de 5 granules avant le repas du soir et au coucher, à renouveler en cas de réveil nocturne.

➤ **L'hypnothérapie** : (69) (70)

L'hypnothérapie se définit par l'utilisation de l'hypnose à des fins thérapeutiques. Elle est pratiquée par un hypnologue, hypnothérapeute, hypnotiste et plus largement par des psychothérapeutes pratiquant l'hypnose.

La durée de la thérapie ainsi que des séances sont courtes. Elle peut être utilisée chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte.

La durée de la thérapie est de l'ordre de :

- 3 à 4 séances d'une durée de 30 à 60 minutes, dans le cas d'une aide ponctuelle ;
- Plus de 4 séances si l'affection et les troubles dépressifs sont plus anciens et plus sévères.

Comme dans les thérapies courtes telles que la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), c'est le patient qui décide de prolonger ou pas la durée du traitement.

Les suggestions thérapeutiques induites par le thérapeute chez le patient sous hypnose peuvent être de plusieurs ordres :

- Affirmation du Moi : pour retrouver la confiance en soi, son amour-propre, rassembler les forces nécessaires à la guérison ;
- Relaxation pour autoriser la personne à aller mieux ;
- Dé-somatisation par la prise en charge de la douleur comme les maux de tête, par exemple ;
- Investigation en retrouvant des faits récents qui ressemblent à des faits anciens traumatisants ;
- Analyse du vécu et des comportements pour les modifier ;
- Renforcer l'idée de guérison et de changement de comportements et d'affects.

A noter que cette pratique n'est pas remboursée par la sécurité sociale, sauf si elle est pratiquée par un psychiatre ou à l'hôpital, ce qui est souvent le cas dans les dépressions majeures.

➤ **Thérapies à médiation corporelle** (71) (72) (73)

Elles se définissent par les moyens utilisant le corps comme outil de guérison, de soulagement ou de prévention d'une maladie au sein d'une relation interpersonnelle encadrée par un ou plusieurs thérapeutes.

Ces thérapies sont nombreuses, elles peuvent être utilisées dans les dépressions légères, mais aussi agir sur l'anxiété et les troubles psychosomatiques accompagnants un épisode dépressif.

On pratique essentiellement :

- **L'hydrothérapie** : utilisation de l'eau sous forme de douches qui peuvent être courtes à fort jet, éventuellement froides avec un effet stimulant. Au contraire, elles peuvent être longues à faible jet, parfois tièdes avec un effet calmant.

- **La sophrologie** : on place le sujet dans un certain isolement sensoriel sans atteindre l'état d'hypnose, ceci pour favoriser son imaginaire et sa mémoire.
- **La réflexologie** : massages des points réflexes du pied.
- **Kinésithérapie** : pour détendre le corps et les contractures souvent liées au stress. Elle peut entraîner l'amélioration du sommeil, la disparition (au moins provisoire) de certains troubles somatiques, l'amélioration de l'humeur et de l'appétit.

Les séances durent une demi-heure à une heure, et doivent être répétées pendant plusieurs mois.

Dans le cadre d'une hospitalisation en psychiatrie ou en pédopsychiatrie, ces thérapies peuvent être proposées. Le psychiatre aura alors une fonction de prescription et d'évaluation de la durée du traitement.

L'indication et le choix de la thérapie reposent principalement sur l'appréciation par le thérapeute de l'état clinique du patient, sur le type de thérapie proposé dans le service, ainsi que sur la connaissance qu'il a de la thérapie envisagée. Elle dépend des problématiques à traiter et du choix du patient. En effet, l'indication d'une de ces thérapies se fait sur proposition d'un soignant ou sur demande d'un patient avec accord d'un soignant.

D'autre part, il semble que l'approche corporelle soit envisagée de manière plus évidente chez les pédopsychiatres que chez les psychiatres. En effet, la simplicité de contact avec les enfants semble disparaître avec l'âge et fait l'objet de plus de réticences avec les patients adultes ou adolescents.

➤ **La stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) : une thérapie en devenir** (74)

La rTMS est une technique de neuromodulation qui utilise un champ magnétique appliqué sur le cortex à l'aide d'une bobine. Le courant électrique induit par ce champ dépolarise les neurones sous-jacents, modifiant leur excitabilité qui repose sur un équilibre entre influences activatrices (glutamate) et inhibitrices (GABA). Cette modification a des répercussions comportementales et psychologiques qui peuvent être utiles en thérapeutique.

En psychiatrie, la rTMS a été proposée essentiellement comme traitement des troubles de l'humeur tels que la dépression ou les accès maniaques et de certains symptômes schizophréniques, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) etc...

Elle est pratiquée en ambulatoire, en présence d'un médecin et en respectant des précautions d'emploi. Contrairement à l'électroconvulsivothérapie (ECT), elle ne nécessite pas d'anesthésie générale. Toutefois, cette pratique est toujours en cours d'expérimentation. En effet, elle utilise des paramètres techniques qui ne sont pas totalement codifiés.

Chez l'enfant et l'adolescent, l'utilisation de la rTMS est possible, bien que de nombreuses modifications neurodéveloppementales se fassent à cette période. Malgré l'absence de recommandations pour cette population, aucun effet indésirable grave n'a été décrit à ce jour. Toutefois, la rTMS n'a été utilisée que dans une minorité des cas (< 5%). De ce fait, elle constitue une contre-indication relative chez l'enfant et l'adolescent.

Les principaux effets indésirables sont :

- Psychiatriques :
 - ✓ Risque d'induction de manie ou d'hypomanie et d'états mixtes, notamment chez les patients bipolaires ainsi qu'un risque d'exacerbation des idées suicidaires. Cependant, ces phénomènes restent peu documentés
 - ✓ Des céphalées
 - ✓ Risque d'induction d'une crise comitiale, partielle ou généralisée
- Cognitifs :
 - ✓ dégradation des performances mnésiques
- Auditifs :
 - ✓ Altération du seuil auditif

Néanmoins, la rTMS est incomparablement mieux tolérée que l'électroconvulsivothérapie, surtout au niveau cognitif. Sa sécurité d'emploi est excellente, mais l'utilisation d'autres paramètres de stimulation nécessite de nouvelles évaluations.

B. L'électroconvulsivothérapie (ECT)

1. Principe et indications

(75) (76)

Appelée aussi sismothérapie, l'ECT a été introduite en France dans le traitement des maladies mentales en 1940. Dès 1943, Lapipe et Rondepierre constataient que « la psychose maniaco-dépressive est l'affection où les résultats sont les plus constants et les plus rapides ».

Elle consiste à provoquer une crise comitiale généralisée au moyen d'un courant électrique à administration transcrânienne. La figure ci-dessous montre à quel endroit sont placées les électrodes de stimulus :

- En position bilatérale : en 1 des deux côtés de la tête
- En position unilatérale droite : l'une en 1 l'autre en 2

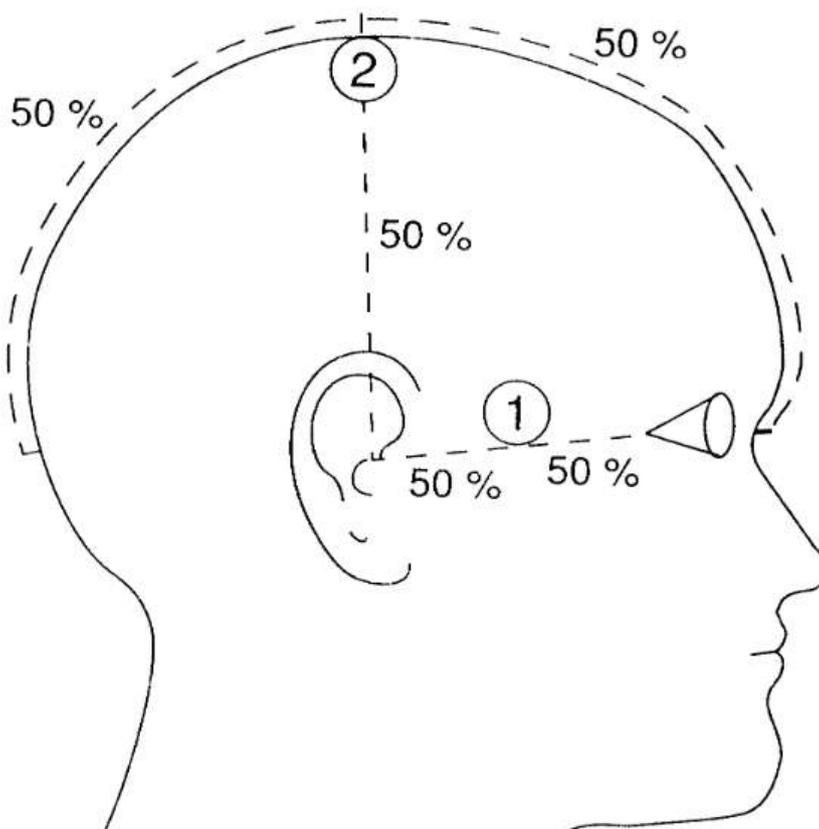


Figure 14 : Emplacements des électrodes de stimulus en position bilatérale et en position unilatérale droite (75).

Des études prospectives ont démontré une efficacité à court terme sur les dépressions majeures chez 80 à 90% des patients. Elles ont été réalisées en double insu comparant les résultats d'ECT réelles à des ECT simulées (le patient est anesthésié mais ne reçoit pas de stimulus électrique).

Ses indications chez l'adolescent (> 15 ans) sont les mêmes que chez l'adulte. Toutefois, l'avis d'un psychiatre extérieur spécialisé peut être demandé. En effet, il n'existe que peu d'études réalisées spécifiquement dans la population adolescente. De ce fait, tous les chiffres publiés concernent la population adulte. Toutefois, l'étude rétrospective de Cohen sur 21 sujets entre 13 et 20 ans confirme l'efficacité de l'ECT sur les troubles de l'humeur de l'adolescent. Elle souligne, par contre, un taux élevé de rechutes (40%) à 1 an.

Ainsi, l'ECT est indiquée dans les épisodes dépressifs majeurs isolés ou récurrents :

- En première intention, en cas de :
 - Dépression majeure psychotique,
 - Pronostic vital engagé : risque suicidaire ou altération grave de l'état général,
 - Incompatibilité entre l'état du patient et l'utilisation d'une autre forme thérapeutique,
 - Demande du patient,
 - Bénéfice attendu des traitements classiques faible.

- En deuxième intention, lorsque :
 - Le traitement médicamenteux a échoué ou a été mal toléré,
 - L'aggravation de l'état du patient est constatée.

Par ailleurs, certaines études ont montré que l'ECT avait une efficacité comparable voire supérieure aux antidépresseurs dans les épisodes dépressifs majeurs, telles que celles comparant l'efficacité de l'ECT versus ECT simulée, placebo, antidépresseurs tricycliques et les IMAO. Le résultat révélait une supériorité de l'ECT par rapport aux 4 autres cas. Le différentiel d'efficacité était de 20% en faveur de l'ECT par rapport aux tricycliques, encore plus important avec les IMAO.

D'autres ont démontré un effet antidépresseur de l'ECT chez des patients dépressifs quand les antidépresseurs n'ont donné aucun résultat.

Cependant, au vu des contraintes et des risques liés à la sismothérapie, on préférera le traitement pharmacologique. Ceci n'est valable que s'il n'existe pas de risque suicidaire, de dénutrition ou de déshydratation. Dans ce cas, une amélioration rapide est nécessaire et l'ECT sera recommandée en première intention.

De plus, la co-prescription avec les ATD n'est pas contre-indiquée mais aucune étude n'a montré de synergie d'action entre les deux thérapies. Néanmoins, certains antidépresseurs tels que les IMAO et les imipraminiques vont abaisser le seuil épiléptogène. Ils ne doivent pas être poursuivis car ils peuvent entraîner des troubles du rythme, de la conduction ou de la repolarisation ainsi que des crises hypertensives par potentialisation des effets sympathomimétiques etc...

De même, les ATD tricycliques, de par leur activité anticholinergique, peuvent majorer les déficits cognitifs induits par l'ECT.

2. En pratique

(75) (76) (77)

Une séance d'ECT doit être réalisée sous :

- Curarisation, ce qui réduit les convulsions motrices, donc les traumatismes,
- Anesthésie générale brève, ceci évite l'angoisse liée à la paralysie des muscles respiratoires provoquée par la curarisation.

De plus, le patient doit être à jeun d'au moins 6 heures et l'ECT se fera préférentiellement le matin.

D'autre part, tout traitement par ECT doit faire l'objet d'un consentement éclairé, le patient et l'entourage (le plus souvent le tuteur) doivent être informés et un document reprenant les informations leur sera remis.

Une consultation pré-anesthésique ainsi qu'un électrocardiogramme (ECG) seront réalisés plusieurs jours avant.

Habituellement, le nombre de séances se situe entre 4 et 20. La fréquence est de 2 à 3 ECT par semaine. En cas d'efficacité, le traitement curatif est interrompu, sinon il devra être réévalué au bout de 6 à 10 séances. Ceci car une amélioration significative est ressentie par le patient aux alentours de la 7^{ème} ECT.

Par ailleurs, il a été prouvé qu'une fréquence de 2 ou 3 séances par semaine donnait le même résultat. Toutefois, 3 séances hebdomadaires peuvent amener à un résultat plus rapide, tandis que 2 séances hebdomadaires seront susceptibles d'induire moins d'effets secondaires cognitifs.

Lorsqu'il existe un risque suicidaire élevé, certains patients vont bénéficier d'une ECT quotidienne. Mais ce rythme soutenu risque de majorer les EI cognitifs s'il est prolongé.

A la suite du traitement par ECT, le taux de rechutes dépressives dans l'année est estimé entre 35 et 80% si une pharmacothérapie d'entretien n'a pas été instaurée en relais. Ce risque est maximal dans les 2 mois qui suivent la fin des ECT. Ainsi, un traitement de consolidation par des séances d'ECT supplémentaires doit être prescrit notamment en cas :

- D'antécédents d'épisodes dépressifs majeurs récurrents ayant répondu à l'ECT ;
- D'inefficacité des ATD seuls dans la prévention des rechutes ;
- A la demande du patient.

Le traitement d'entretien par ECT peut être réalisé à l'hôpital ou en ambulatoire. La fréquence des séances et la durée de ce traitement n'ont pas été codifiées. Cependant, de nombreux auteurs proposent un arrêt de l'ECT après au moins 2 ans et demi de rémission totale.

L'étude de Kramer, portant sur des patients traités par ECT pendant 4 ans et demi a démontré que les meilleures réponses au traitement d'entretien ont été obtenues chez des patients atteints de dépression majeure.

Plus récemment, Gagné et al. ont comparé une population recevant un traitement de maintenance par ECT associé à une pharmacothérapie pendant 5 ans et demi avec une population recevant uniquement une pharmacothérapie adéquate (antidépresseur, thymorégulateur, antipsychotique, etc.). La probabilité de n'observer ni rechute ni récurrence était :

- Après 2 ans :
 - De 93% chez les patients poursuivant les ECT
 - De 52% chez ceux sous pharmacothérapie uniquement
- Après 5 ans :
 - De 73% pour les premiers (toujours sous ECT)
 - De 18% pour les seconds (sous pharmacothérapie seule)

Ainsi, la durée moyenne de survie sans rechute ni récurrence est de 6,9 ans chez les patients traités par ECT, contre 2,7 ans chez ceux ne recevant pas cette thérapeutique.

3. Contre-indications et effets indésirables

(75) (77)

Il existe des CI absolues et des CI relatives à l'ECT. Ces dernières dépendront de l'appréciation du rapport bénéfice/risque pour chaque patient.

- CI absolue : Hypertension intracrânienne (HTIC)
- CI relatives :
 - les affections cardiovasculaires :
 - ✓ infarctus du myocarde (IDM) récent (datant de moins de 3 mois)
 - ✓ maladie emboligène évolutive
 - ✓ insuffisance cardiaque grave
 - ✓ anévrisme de l'aorte : en raison du risque de rupture
 - ✓ hypertension artérielle
 - ✓ troubles du rythme cardiaque

- les affections neurologiques :
 - ✓ malformations vasculaires ou anévrismes cérébraux à risque hémorragique,
 - ✓ lésions expansives intracrâniennes sans HTIC,
 - ✓ accident vasculaire cérébral hémorragique récent,
 - ✓ myasthénie,
 - ✓ épisode confusionnel.
- les affections respiratoires, cardiovasculaires et allergiques contre-indiquant l'anesthésie et la curarisation.
- Les CI liées à l'état psychique du patient sont :
 - ✓ les paranoïas,
 - ✓ les dépressions « névrotiques » et la dysthymie.
- Les autres CI sont :
 - ✓ décollement de la rétine,
 - ✓ phéochromocytome (tumeur de la surrénale),
 - ✓ diabète,
 - ✓ antécédent d'échec du traitement par ECT ou d'EI graves,
 - ✓ prise de certains médicaments (exemple : anticoagulants).

La sévérité des EI inhérents à cette thérapie est proportionnelle au nombre total de séances d'ECT. De plus, elle dépend du placement des électrodes (plus marquée en position bilatérale) et de l'utilisation d'un courant sinusoïdal qui l'augmente.

Les EI observés sont :

- Une bradycardie avec hypotension puis une tachycardie avec HTA
- Des arythmies cardiaques qui disparaissent généralement sans séquelles
- Un état confusionnel
- Une amnésie : antérograde qui disparaît, rétrograde qui peut être durable
- Des céphalées
- Des nausées
- Des douleurs musculaires

Ces troubles sont le plus souvent transitoires. Par ailleurs, l'ECT ne provoque pas de lésions cérébrales.

4. Mécanismes d'action

(77)

Les mécanismes d'action de l'ECT sont à ce jour, inconnus. Cependant, il existe de nombreuses hypothèses, dont la plus sérieuse est la théorie dite « anticonvulsivante ». Son principe repose sur le fait que la crise convulsive induite par l'ECT entraîne :

- Un ralentissement de l'activité cérébrale identifié par un ralentissement sur l'électroencéphalogramme (EEG),
- Un flux sanguin abaissé (global et régional),
- Une baisse de l'utilisation du glucose.

De plus, le seuil épileptique augmenterait avec la répétition des ECT et serait garant d'une réponse clinique satisfaisante (effet anticonvulsivant).

S'il est maintenant clairement admis que l'augmentation du seuil épileptogène, la réduction des activités cérébrales et l'efficacité thérapeutique varient dans le même sens, les explications étiologiques ne sont toujours pas satisfaisantes.

C. Psychothérapie et hospitalisation

1. Psychothérapies

En raison des polémiques liées à l'utilisation des ATD chez l'adolescent, les psychothérapies sont au premier plan quant à la prise en charge de l'adolescent.

Nous nous pencherons sur trois grandes approches psychothérapeutiques, fréquemment utilisées dans les troubles dépressifs de l'adolescent : approche d'inspiration psychanalytique, les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies familiales.

a) Psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques)

(78)

Les psychothérapies psychodynamiques (psychanalytiques) mettent l'accent sur la prise de conscience par le patient des conflits psychiques dont il souffre ainsi que sur l'acquisition de nouvelles capacités psychologiques et développementales.

Elles s'appliquent à des troubles impliquant à des niveaux divers les événements actuels, l'histoire individuelle et familiale, et les conditions du développement de la personne.

Elles comprennent les psychothérapies à long terme, les psychothérapies brèves, ainsi que les psychothérapies psychanalytiques d'enfants.

Ses indications concernent préférentiellement les formes de dépressions névrotiques.

Les études révélant l'efficacité de cette approche psychodynamique, bien que très abondantes apparaissent insuffisantes concernant les adolescents.

Néanmoins, une étude contrôlée sur la dépression majeure montre que l'association d'une psychothérapie psychodynamique à un traitement antidépresseur chez des patients soignés en ambulatoire a un effet bénéfique significatif, avec une amélioration du fonctionnement global et une diminution du taux d'hospitalisation à l'issue du traitement.

b) Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

(78) (79)

Les TCC ont pour but de corriger certaines pensées négatives et comportements inappropriés par un désapprentissage des comportements acquis.

Elles peuvent se présenter sous la forme de thérapie individuelle, de thérapie de groupe, de couple ou de thérapie familiale. Ces thérapies sont indiquées, entre autres, dans les épisodes dépressifs majeurs isolés, récurrents, chroniques ou résistants, mais aussi dans la prise en charge des tentatives de suicide. Toutefois, la TCC ne semble pas être indiquée au décours immédiat d'une tentative de suicide, mais s'inscrit dans la stratégie thérapeutique intra-hospitalière.

Les séances sont limitées en nombre : 10 à 25 séances hebdomadaires pour les troubles anxieux et la dépression. Elles sont d'une durée de 30 à 60 minutes.

Par ailleurs, la prise en charge intra-hospitalière peut être poursuivie en ambulatoire pour atteindre un total suffisant de nombre de séances.

Les techniques utilisées dans cette psychothérapie comprennent :

- La résolution de problèmes,
- L'apprentissage de la gestion des traumatismes psychologiques,
- Pour les thérapies de groupe : jeux de rôles, relations interpersonnelles ; techniques d'éveil, de concentration et de mise à distance,
- Mise à disposition des patients d'une ligne téléphonique de type « SOS 24h/24 ».

Beaucoup de techniques cognitivo-comportementales développées chez l'adulte ont été utilisées chez l'adolescent. Dans certains cas, les traitements sont utilisés tels quels, ou modifiés différemment par chaque thérapeute en fonction des particularités développementales liées à l'âge. Dans d'autres cas, les techniques utilisées ont été développées directement pour cette population.

La thérapie se déroule en plusieurs étapes :

- Définition avec le thérapeute des objectifs du traitement ;
- Etablissement d'une alliance thérapeutique (garant d'une bonne efficacité), par une écoute et une attitude empathique du thérapeute ;
- Définition des comportements à problèmes et mise en relation avec les émotions et les pensées ;
- Evaluation des co-morbidités et de l'environnement familial et socio-professionnel ;
- Explication du problème psychopathologique et des techniques qui seront mises en place pour y remédier ;
- Evaluation de la nécessité d'avoir un entretien avec l'entourage ;
- Evaluation des résultats du traitement par rapport aux objectifs de départ ;
- Programme de suivi durant un an après la fin de la phase active du traitement.

Concernant les patients dépressifs arrivant aux urgences, une TCC leur est fréquemment proposée, cette thérapie ayant fait la preuve de son efficacité dans le traitement de l'épisode dépressif majeur mais aussi dans la prévention des récives.

Dans le cas d'une tentative de suicide, l'hospitalisation proposée est d'emblée de trois jours pour les adolescents et les sujets à risque de récives. Un entretien avec l'entourage peut alors être bénéfique : il permet d'apaiser les situations anxigènes, de s'assurer du soutien et des compétences de l'entourage, de répondre à leurs questions de façon explicite. Néanmoins, l'alliance parentale doit être refusée.

Dans ce contexte, les TCC consisteront à identifier les pensées dysfonctionnelles avant le passage à l'acte. En effet, l'efficacité de cette thérapie dans la prévention du suicide a été mise en évidence dans plusieurs publications.

Les avantages de débiter une TCC intra-hospitalière sont nombreuses :

- La situation de crise vécue par le patient l'incite à solliciter l'aide d'un thérapeute ;
- Le thérapeute et les soignants observent le patient hospitalisé en situation ;
- Des bénéfices rapides avec réduction probable du risque de récives peuvent être obtenus ;
- La promotion de la démarche psycho-éducative peut être effectuée auprès de l'entourage ;
- Possibilité de restaurer une alliance thérapeutique avec les patients chroniques en rupture de soins ;
- Faire connaître aux patients les TCC, souvent méconnues, notamment lorsqu'ils évoquent l'échec antérieur d'un autre type de thérapie.

c) Les thérapies familiales

(78)

Elles peuvent être définies comme toutes les formes de consultations ponctuelles ou répétées réunissant au moins deux personnes faisant partie du contexte de vie et de survie d'une personne en souffrance. L'effet est bénéfique sur les symptômes, la souffrance, les problèmes et les relations.

Comme nous l'avons vu, dans les dépressions majeures de l'adolescent, un conflit intrafamilial est souvent retrouvé, cette thérapie occupe donc un rôle central dans la prise en charge psychothérapeutique des jeunes dépressifs.

d) Quelle est l'efficacité de ces différentes psychothérapies ?

(2) (78)

En termes de résultats généraux, la majorité des investigations réalisées ont trouvé que la thérapie psychodynamique et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) étaient toutes les deux associées à l'amélioration de la dépression. Cependant, en termes de comparaison de ces deux approches, aucune n'a retrouvé une efficacité supérieure pour la thérapie psychodynamique. En revanche, de nombreuses études

concluent à une supériorité de l'efficacité des TCC dans le traitement des troubles dépressifs, que ce soit à la fin du traitement ou sur le suivi.

Pour les troubles dépressifs chez des patients adultes (> 20 ans) hospitalisés et sous traitements antidépresseurs, les TCC en association ont montré leur efficacité sur la symptomatologie dépressive et les thérapies psychodynamiques sur l'adaptation sociale et la durée d'hospitalisation. Le niveau de preuve d'efficacité dans cette indication est supérieur pour les TCC et les études contrôlées comparant approche psychodynamique et cognitivo-comportementale concluent à la supériorité de la seconde.

Quelques études portent exclusivement sur les adolescents et comparent les différentes psychothérapies. A ce titre, Wood et al. ont comparé deux populations d'adolescents randomisées, ayant tous effectué une tentative de suicide. Les uns avaient eu une prise en charge habituelle (consultation et soutien), les autres ont bénéficié d'une participation à un groupe thérapeutique. S'il n'y avait aucune différence entre les deux populations pour l'évolution de la dépression et des idées suicidaires, en revanche les adolescents qui avaient participé au groupe ont fait moins de récives suicidaires (6 % contre 32 % pour les autres) et dans un délai plus long.

Donaldson et al. ont eux comparé à 3 et 6 mois deux groupes d'adolescents qui avaient été hospitalisés en pédiatrie après une tentative de suicide : un groupe avait reçu une TCC et l'autre une thérapie dite de soutien (qui vise simplement à apporter une aide, un soulagement). Pour les deux groupes l'observance était meilleure (60 %) qu'en l'absence de protocole rigoureusement défini mais il n'y avait aucune différence significative entre les deux groupes au terme de l'étude.

2. Hospitalisation d'un adolescent suicidant ou dépressif aux idées suicidaires

(2) (5) (14) (22) (28) (56) (80)

En France, les adolescentes de 15 à 19 ans présentent les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide les plus élevés, ce taux diminue entre 20 et 24 ans, passant de 430 à 290 pour 100 000 femmes.

Chez les jeunes hommes, le taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide s'élève chez les 15-19 ans à 150 pour 100 000 hommes et chez les 20-24 ans à 160 pour 100 000 hommes.

Depuis 1998, on recommande systématiquement une hospitalisation à tout adolescent suicidant ou à risque suicidaire mais aussi, une évaluation précise de son état psychique. Cependant, en France, l'intérêt de cette hospitalisation fait débat :

- De nombreux pédiatres et psychiatres l'estiment utile pour séparer l'adolescent de son cadre habituel de vie, pour mieux évaluer l'ensemble des paramètres ayant abouti au geste suicidaire et permettre à l'adolescent une régression en elle-même thérapeutique
- Certains estiment qu'une intervention de crise bien ordonnée et incluse dans un réseau de qualité suffit le plus souvent
- D'autres affirment que l'hospitalisation ne résout rien en elle-même et qu'elle ne modifie pas le pronostic de récurrence. Ceux-ci se basent sur la revue de la littérature de Gould et al. qui soulignent qu'aucune étude à ce jour n'a pu apporter la preuve d'une diminution significative des récurrences en fonction de l'existence d'une hospitalisation. Cependant, il a été démontré qu'elle peut être bénéfique à court terme.

Dans tous les cas, l'hospitalisation est rendue nécessaire par l'état somatique de l'adolescent arrivé aux urgences. Les mesures d'urgences alors employées sont les mêmes que pour les autres suicidants. Elles vont essentiellement dépendre de la méthode de tentative de suicide employée qui est le plus souvent l'ingestion de médicaments.

D'autre part, la durée de l'hospitalisation n'excède généralement pas 24 à 48 heures. Toutefois, il est actuellement préconisé de prolonger le séjour d'une semaine dans un service adapté et disponible tel que la pédiatrie pour les patients < 18 ans. D'ailleurs, plus de 40% des adolescents suicidants y sont admis.

Ce rallongement du temps d'hospitalisation permet d'approfondir le bilan de santé psychique, somatique et médico-social. Il concourt à l'établissement d'une relation de confiance avec le patient et facilite l'extériorisation de sa souffrance. De plus, il devrait permettre un début de contact psychothérapeutique individuel et familial et la sensibilisation des parents de l'adolescent à la nécessité d'un suivi. Tout ceci en ayant le souci constant de définir et favoriser les soins ultérieurs.

Par ailleurs, une hospitalisation en milieu psychiatrique spécialisé, de plus longue durée peut être décidée d'emblée ou plus souvent en complément de l'admission en hôpital général. Elle n'est indiquée qu'en cas de dépression grave d'allure mélancolique, d'épisode de délire aigu ou de suspicion de schizophrénie ou lorsque l'environnement habituel paraît particulièrement pathologique, pathogène ou déstructuré.

Les principaux objectifs et intérêts de l'hospitalisation sont :

- Séparer le patient de l'entourage habituel ;
- Faire le point avec le sujet et ses parents, sur la situation sociale, psychologique et familiale ;
- Eviter une récurrence immédiate par une surveillance médicale et psychiatrique accrue ;
- Installer un temps de retrait et de régression favorable à la mise en place d'un processus d'élaboration favorisé par des rencontres répétées ;
- Préparer la prise en charge post-hospitalière ;
- Mettre en route un traitement psychotrope notamment antidépresseur en cas d'épisode dépressif majeur : discussion de l'indication, de la posologie la plus juste, surveillance de l'efficacité et des effets indésirables du traitement.

Dans un premier temps, l'entretien individuel se déroule souvent au sein même de la salle des urgences. Le bruit qui y règne, la précipitation ainsi que les actes médicaux récents (lavage gastrique, perfusion en cours) ne sont pas propices à la réflexion. A ce titre, Rotheram-Borus et al. ont montré l'intérêt d'une salle spécialisée au sein des urgences pour accueillir les suicidants, dans le but d'améliorer l'alliance avec l'adolescent.

L'objectif est :

- D'établir une relation de confiance avec l'adolescent suicidant ;
- De préciser les antécédents médicaux, psychiatriques, personnels et familiaux ;
- De s'enquérir du contexte familial et social ;
- De dépister les tentatives de suicide symptomatiques d'une pathologie dépressive ou délirante.

Dans un second temps, vient l'entretien familial qui est un point crucial. En effet, la tentative de suicide est un appel au changement, celui-ci est dans la majorité des cas dirigé vers le milieu familial. Le travail thérapeutique aura donc pour but de modifier et d'améliorer les relations de l'adolescent dans sa famille. Néanmoins, il est souvent difficile de rencontrer l'ensemble d'une famille. De plus, le premier entretien est facilité par le contexte dramatique de la TS, en revanche, il est souvent compliqué d'engager un processus de thérapie familiale par la suite.

Différentes réactions peuvent être observées dans l'entourage familial :

- Certaines sont touchées par le geste de l'adolescent,
- D'autres considèrent la TS de l'adolescent comme un chantage affectif puéril et mettent en doute son désir de mort.

Si le travail avec la famille semble utile et réalisable, un nombre limité et défini de séances est proposé, auxquelles la famille s'engage librement. Un bilan est effectué au terme des entretiens. A l'issue du contrat, soit le travail est jugé suffisant par la famille et l'adolescent, soit un suivi individuel de l'adolescent apparaîtra comme

nécessaire ou la famille sera désireuse de continuer. Dans ce cas elle sera adressée au centre de la thérapie familiale.

Par ailleurs, un certain nombre de mesures doivent être validées avant la sortie du patient. Ces recommandations sont issues de conférences de consensus d'experts :

- Ecarter les armes à feu du domicile et les médicaments potentiellement létaux,
- Mettre en place un contrat de « non-suicide » avec l'adolescent, bien qu'aucune étude n'ait démontré leur pertinence.

A titre d'exemple, à l'hôpital Necker-Enfants malades (Paris), les adolescents suicidants ou à risque suicidaire sont admis dans les services de pédiatrie générale où ils bénéficient d'une prise en charge pédiatrique et pédopsychiatrique.

L'équipe pédopsychiatrique de liaison y est composé :

- d'un psychiatre : il accompagne le patient et sa famille pendant l'hospitalisation et s'assure d'un suivi thérapeutique à la sortie,
- d'un chef de clinique,
- de 2 ou 3 internes,
- d'une infirmière : elle facilite la cohésion des équipes somatiques et pédopsychiatriques autour de l'adolescent,
- d'un psychologue.

Cette équipe mobile de liaison favorise les liens entre le patient, sa famille et les soignants. Ceci permet à l'adolescent de bénéficier d'une écoute plurielle et de favoriser l'expression de sa souffrance.

Peuvent collaborer : des enseignants, des animateurs et une assistante sociale si nécessaire. Ils permettront de participer à la réinsertion sociale et scolaire de l'adolescent.

Une évaluation approfondie du fonctionnement psychique et de son évolution un an plus tard vient renforcer la prise en charge globale. Pour ce faire, un bilan psychologique à l'aide des tests projectifs Rorschach et TAT est proposé durant

l'hospitalisation. Ceux-ci peuvent favoriser l'expression du vécu y compris inconscient de l'adolescent. De plus, ils permettent de comprendre les nuances de son fonctionnement psychique dans le cas où les diagnostics cliniques et psychologiques ne se recouvrent pas totalement.

Ainsi, certains indices révélés par ces tests peuvent démasquer des ressources du sujet sur lesquelles le thérapeute pourra s'appuyer ou présager d'une évolution inquiétante. Ceci incitera à une vigilance accrue en cas d'une importante dépression par exemple. Outre leur visée diagnostique, ils apparaissent comme potentiellement thérapeutique et font donc partie de la prise en charge hospitalière.

Enfin, un entretien est réalisé à la fin de l'hospitalisation ou quelques jours après. Dans un premier temps l'adolescent est seul puis accompagné de ses parents. Il est mené par l'interne en pédopsychiatrie, l'infirmière de liaison et le psychologue et a pour but de consolider le travail intrapsychique.

Cependant, en France, en moyenne 1 jeune suicidant sur 4 serait hospitalisé ; 83 % d'entre-eux sont admis en urgence dont :

- 17 % quittent l'hôpital dans les 12 heures
- 83 % sont transférés :
 - 41% en pédiatrie
 - 17% dans un service d'urgence
 - 9% en psychiatrie
 - 28% dans d'autres services de médecine

Durant cette hospitalisation, 21 % ne rencontrent pas de psychiatre, pédopsychiatre ou psychologue et 21 % quittent l'hôpital sans proposition de suivi. Pourtant nous savons que l'absence de suivi psychiatrique augmente le risque de récurrence, surtout chez les garçons. Ceux-ci sont par ailleurs, moins bien pris en charge que les filles. Cela peut s'expliquer par le fait que les cliniciens ne perçoivent pas toujours la gravité du suicide masculin. Mais aussi par le fait que les garçons montrent plus de réticences vis-à-vis de la prise en charge que les filles.

Or, cette prise en charge ne peut se faire sans personnels soignants formés. En effet, la plupart des suicidants sont accueillis dans des structures non spécialisées tels que les urgences ou la pédiatrie, surtout en Europe. Il est donc important qu'une formation sur les acquis récents de la recherche, l'identification des facteurs de risques, des troubles psychiatriques, ainsi que sur la conduite d'un examen médical standardisé et la participation à des réseaux pluridisciplinaires soient proposés.

Dans une étude d'évaluation qui comparait la prise en charge des suicidants dans 7 sites hospitaliers expérimentaux dont les soignants ont été formés et 7 sites témoins, on a observé :

- Une amélioration de la prise en charge surtout chez les moins de 18 ans et les filles
- Pas d'amélioration pour les suicidants récidivistes, les jeunes déprimés ou aux antécédents de violences sexuelles subies.

De plus, comme la majorité des adolescents suicidaires ou suicidants ne sont pas hospitalisés, il paraît nécessaire de renforcer les prises en charge ambulatoires et de diversifier les alternatives à l'hospitalisation complète. Les centres médico-psychologiques (CMP) peuvent constituer cette alternative. En effet, ce sont des unités de coordination et d'accueil qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile dans le domaine de la psychiatrie. Ils répondent et orientent toute demande de soins en psychiatrie et en santé mentale. De plus, elle est la structure extra-hospitalière la plus représentée avec au moins un CMP pour chacun des secteurs garantissant un maillage territoriale de qualité.

Par ailleurs, depuis 2004 le gouvernement a souhaité qu'il y ait une maison des adolescents dans chaque département. Les maisons des adolescents ont pour mission d'informer, conseiller, accompagner les adolescents, leurs familles et les acteurs au contact des jeunes. Elles offrent aux adolescents un accueil gratuit sur des plages horaires souples et adaptées et permettent de développer une réponse globale et pluridisciplinaire aux problèmes somatiques ou psychiques des adolescents :

- En leur offrant les prestations les mieux adaptées à leurs besoins et attentes, mais également en leur apportant de façon beaucoup plus globale des informations, des conseils, une aide au développement d'un projet de vie ;
- En facilitant la mise en réseau des professionnels et des familles confrontés à des problèmes de santé ou de comportement chez les adolescents.

3. Conclusion

(3) (23) (62) (79)

La dépression de l'adolescent est une problématique d'actualité d'autant plus qu'on ne sait pas bien quelles sont les meilleures stratégies de prise en charge.

Il a été démontré qu'un traitement combiné par antidépresseurs ISRS et TCC présente une meilleure efficacité comparativement à un traitement par ISRS seul ou TCC seule, avec une amélioration des symptômes dépressifs chez environ 60% des sujets. L'option TCC paraît la plus sûre en termes d'effets indésirables, alors que le traitement combiné permet d'accélérer l'effet thérapeutique sachant que le traitement par ISRS est le moins coûteux.

Dans le cas d'une prescription d'un traitement médicamenteux, il est important que l'attention soit portée sur les effets psycho-comportementaux des ATD (automutilations, désinhibition, risque suicidaire....).

Au vu des avantages et inconvénients des différentes thérapies, les conduites à tenir pour l'évaluation et le traitement d'un adolescent déprimé sont :

- Evaluer le risque suicidaire, puis s'il existe :
 - Hospitalisation,
 - Médicaments sédatifs si nécessaire.

- Evaluer la psychopathologie de l'adolescent et son contexte :
 - Sévérité de la dépression, évolution aiguë ou chronique,
 - Co-morbidités,
 - Antécédents psychiatriques,
 - Environnement familial et social,
 - Stress psychosociaux, y compris violences subies,
 - Impact sur le développement de l'adolescent.

- Promouvoir l'alliance thérapeutique avec l'adolescent et ses proches

- Choisir l'approche psychothérapeutique appropriée selon l'évaluation du jeune :
 - Thérapie psychodynamique,
 - TCC,
 - Thérapie familiale,
 - Voire intervention psychosociale si nécessaire.

- Envisager un traitement pharmacologique en cas de :
 - Dépression sévère persistante,
 - Morbidité psychiatrique associée,
 - Non disponibilité ou échec de l'approche psychothérapeutique.

- Avant la prescription :
 - Evaluer l'acceptation par le patient et sa famille,
 - Eduquer sur le traitement et ses effets indésirables.

- Choisir la molécule selon les données scientifiques connues :
 - Fluoxétine de préférence,
 - Evaluer la réponse par des rencontres fréquentes,
 - Maintenir le traitement pour 3 à 6 mois.

- En cas de résistance, discuter de :
 - L'hospitalisation,
 - L'ECT,
 - Autres traitements psychotropes.

- Enfin, toujours réexaminer et soutenir la question d'un travail psychothérapeutique

D. Suivi

(2) (14) (22) (34)

Le suivi consiste essentiellement en la prévention des récurrences de la tentative de suicide chez l'adolescent surtout lorsqu'il existe une pathologie dépressive, qui constitue en elle-même un facteur de risque conséquent.

Le taux de récurrences après une tentative de suicide varie entre 10 et 40 %. Elles surviennent dans 50 à 66 % des cas dans l'année qui suit, avec un risque maximal dans les 6 premiers mois. De plus, les moyens utilisés sont de plus en plus létaux et le risque de décès par mort violente s'accroît.

Ainsi, un suivi sur 5 ans d'une cohorte d'adolescents a montré que le taux annuel de décès par mort violente ou suicide était multiplié par 20 par rapport à une population de non-suicidants du même âge.

En France, une autre étude a évalué le devenir de 127 suicidants, âgés de 12 à 22 ans, pendant 11,5 ans. Parmi eux, 15 étaient décédés, dont 5 par suicide et 9 d'autres causes de mort violente.

Ces résultats doivent amener à considérer qu'un acte suicidaire chez un adolescent n'est jamais une conduite anodine et que le suivi doit être centré sur la prévention tertiaire c'est-à-dire l'éviction des rechutes. De plus, la Haute autorité de santé (HAS)

recommande une attention et une mobilisation soutenues durant l'année qui suit le début de la crise.

Au niveau collectif, la prévention tertiaire ne se différencie pas de la prévention primaire. Sur le plan individuel, le suivi dépendra de la présence ou non de facteurs de risque de récurrences. En effet, si le pronostic de récurrence est mauvais, un suivi au long cours est nécessaire.

Comme nous l'avons vu, en France, un adolescent suicidant doit être systématiquement hospitalisé. S'il se montre indemne de tout trouble psychiatrique et si le pronostic semble favorable, un entretien sera réalisé à quelques distances de l'hospitalisation. Celui-ci aura pour but essentiel de prévenir les récurrences et de signaler à l'adolescent et à ses parents qu'une écoute leur est dédiée s'ils ressentent le besoin de consulter.

Cependant, dans le cas d'un adolescent dépressif et suicidant, une psychothérapie individuelle ou familiale doit être mise en place en 1^{ère} intention. Elle sera poursuivie par les équipes psychothérapeutiques, qui sont sectorisées (le plus souvent) ou non, mais qui travaillent en collaboration avec l'équipe de secteur, responsable de la surveillance et de la coordination des soins.

D'autre part, si la nécessité d'un soutien institutionnel est reconnue à la suite de l'hospitalisation, un suivi sur le long terme sera organisé, coordonné par l'équipe de secteur :

- Les centres du soir, proposés par les centres thérapeutiques à temps partiel peuvent apporter un soutien à l'adolescent, qui serait compatible avec la poursuite de ses activités scolaires,
- Une hospitalisation à temps plein peut être nécessaire en cas de dépression sévère ou chronique,
- Un placement institutionnel de type internat thérapeutique peut être envisagé lorsque l'environnement paraît pathogène,
- Enfin, pour les adolescents plus âgés, un placement en foyer éducatif peut être discuté.

Dans l'ensemble, un suivi au long cours de l'adolescent est recommandé. Il consistera, dans sa forme minimum, en une surveillance régulière des signes annonciateurs de récurrences et s'organise en différentes étapes :

- Après l'hospitalisation, des consultations espacées dans le temps avec le psychologue sont prévues. Elles permettent de prévenir les récurrences et de favoriser la compliance de la thérapeutique préconisée à la sortie de l'hospitalisation par le pédopsychiatre ou le psychiatre. D'autre part, elles signifient à la famille le caractère non anodin du geste suicidaire qui pourrait sinon être facilement banalisé.
- Dans des contextes de souffrances familiales, le psychiatre assure le suivi et reste un référent pour le patient et sa famille.
- Enfin, un bilan est mené un an plus tard. L'adolescent verra en l'annonce de celui-ci, à l'issue de l'hospitalisation, une possible évolution de son état psychique. De plus, il permettra d'observer d'éventuels remaniements psychiques chez ces adolescents, en comparant les données des tests projectifs du bilan réalisé en fin d'hospitalisation et ce dernier bilan. D'autre part, il permettra de s'enquérir du devenir des jeunes patients, en particulier, s'ils ont récidivé leur geste et s'ils ont été suivis psychologiquement et de quelle manière.

Le suivi post-hospitalisation est donc crucial. Malheureusement, des études montrent que l'interruption prématurée et rapide des soins est la règle et non l'exception.

Cette mauvaise adhérence au suivi est estimée en clinique à environ trois quarts des cas.

Durant ces différents entretiens, la difficulté réside dans le fait de cerner les premières manifestations de la crise suicidaire et de prévoir si elle va évoluer vers une rémission spontanée ou vers une nouvelle tentative de suicide.

Il est donc indispensable de rechercher chez l'adolescent les facteurs de risque de récurrences. Ce sont en partie les mêmes que pour une première tentative de suicide, nous citerons donc de manière succincte les quatre types de symptômes :

- Liés à la dimension anxio-dépressive :
 - Présence d'idées suicidaires,
 - Existence d'un sentiment de désespoir,
 - Persistance de troubles affectifs anxieux ou dépressifs dont la probabilité de la tentative de suicide ou de la récurrence semble corrélée avec l'intensité de ces manifestations symptomatiques.

La présence d'un ou plusieurs de ces symptômes doit impérativement imposer une action de soins énergique, de préférence une hospitalisation immédiate plutôt qu'une prise en charge ambulatoire initiale. Il s'agit en priorité de protéger le jeune d'une menace de récurrence précoce puis de traiter la souffrance dépressive.

- Liés à la dimension impulsive et aux troubles de la personnalité :
 - Recherche de conduites impulsives : fugues, bagarres, conduites violentes, accidents à répétition etc...,
 - Recherche de la consommation abusive de produits tels que le tabac, l'alcool, le haschisch et les médicaments autoadministrés etc...,
 - Recherche de troubles de la personnalité, en particulier des troubles de l'identité de genre (homosexualité).

Lorsque ces facteurs sont présents, l'objectif prioritaire est de contenir aussi bien l'impulsivité de l'adolescent que de celle fréquemment associée de son cadre de vie. Aussi, l'hospitalisation n'est peut-être pas systématiquement nécessaire, mais une approche thérapeutique rapide et relativement intense est, elle indispensable. Des aménagements de vie sous forme d'internat, de foyer, peuvent s'avérer nécessaires.

➤ Liés à la famille et l'environnement :

- Évaluation de la qualité du fonctionnement familial : divorce, conflits parentaux, violences familiales, antécédents d'abus sexuels, psychopathologie des parents etc...,
- Évaluation de la qualité des relations entre l'adolescent et ses parents,
- Évaluation de la qualité de l'environnement et des relations sociales du jeune : isolement, repli ou au contraire relations excessives avec les pairs.

La présence de ces facteurs familiaux ou environnementaux fait craindre une banalisation et une absence de réaménagement après la tentative de suicide, propice à une récurrence. La nécessité d'impliquer l'entourage, les parents au premier plan, est essentielle dans ce contexte. Une prise en charge familiale, au minimum l'adolescent et ses parents, sera souvent utile dans un premier temps avant de proposer un soin à l'adolescent lui-même.

➤ Liés aux événements de vie :

- Antécédents de tentatives de suicide récents,
- Facteurs de stress : rupture sentimentale, conflit avec les amis etc...

La présence de tels événements de vie doit faire envisager des mesures de protection et une intervention dite « de crise ». Des aménagements de vie transitoire, une hospitalisation de courte durée peuvent protéger et apaiser un adolescent dont la tension anxieuse peut devenir débordante.

Par ailleurs, en dehors de la notion de prévention, ces quelques entretiens nécessaires au recueil des informations servent alors de psychothérapie brève dans un contexte de sollicitude empathique et sont souvent la première et la seule approche relationnelle qui soit acceptée initialement par l'adolescent.

PARTIE 4 : ROLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

De par sa proximité avec les patients, le pharmacien peut jouer de nombreux rôles, aussi bien dans la prévention, que dans le traitement et le suivi d'une dépression :

❖ La prévention : (81)

Les liens sociaux et la relation de confiance qu'entretient le pharmacien avec son patient peuvent lui permettre de reconnaître les symptômes de la dépression aussi bien que les comportements ou idées suicidaires. S'il y a présence de ces symptômes, le pharmacien devra d'abord s'assurer qu'il n'y a pas de risques immédiats et surtout, orienter le patient vers un psychiatre ou des structures spécialisées disponibles, telles que les Centres Médico-Psychologiques (CMP) ou les Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM), voire le médecin généraliste. D'ailleurs, les liens de collaboration avec ces derniers devront être renforcés, car ils sont généralement insuffisants.

❖ Le traitement : (81)

Lorsqu'un patient est atteint de dépression, le premier rôle est de l'informer ainsi que de répondre à ces interrogations. En effet, en général, les patients dépressifs ne bénéficient pas d'une bonne compréhension de leur traitement et ont de nombreuses idées reçues vis-à-vis des antidépresseurs. Cela représente souvent la cause de leur non-observance.

Ce rôle d'information est primordial étant donné que le médecin généraliste aura moins d'occasion pour fournir ces explications. Pour parfaire ce rôle, le pharmacien se doit de mettre à disposition des patients, des brochures et dépliants explicatifs concernant leur maladie, leur traitement ainsi que les numéros SOS, les adresses des professionnels ou associations de patients.

Il sera important de mettre en garde sur l'interruption brutale du traitement et du risque de sevrage qui en découle. Une mise en garde supplémentaire doit être rappelée au patient et à son entourage, en effet les antidépresseurs exposent les adolescents à un risque suicidaire accru, il est donc nécessaire de prévenir l'entourage pour qu'une surveillance soutenue soit mise en place.

Une fois le traitement entamé, on s'assurera de son efficacité et de sa tolérance. Les patients non-répondants ou développant des effets indésirables graves devront être réorienter vers le médecin prescripteur. De plus, ces effets indésirables pourront faire l'objet d'une déclaration de pharmacovigilance.

D'autre part, l'historique devra être consulté à chaque délivrance de médicaments sur, ou hors ordonnance. Le pharmacien s'enquerra de l'absence d'interactions médicamenteuses et incitera le patient à ouvrir un dossier pharmaceutique si cela n'est pas déjà fait.

En résumé, les conseils que le pharmacien pourra prodiguer sont :

- Le patient doit être informé sur le fait qu'il n'est pas recommandé d'associer systématiquement des anxiolytiques aux antidépresseurs,
- Lors de la prescription d'un traitement antidépresseur, une information précise doit être délivrée au patient sur le délai nécessaire à la survenue d'une amélioration (2 à 4 semaines) et à l'obtention d'une rémission complète (6 à 12 semaines), ainsi que sur la nécessité de poursuivre le traitement plusieurs mois après l'amélioration des symptômes,
- Les modalités de prise du traitement et la nécessité de le poursuivre après l'amélioration clinique doivent être clairement énoncées,
- Le risque de survenue d'effets indésirables, le plus souvent transitoires, doit être évoqué et les plus fréquents d'entre eux détaillés,
- En cas de difficultés (questions sur le traitement, anxiété, idées noires, etc...), des possibilités de contact avec le médecin traitant doivent être proposées (appel sur un téléphone mobile, par exemple),
- Si cela paraît possible, il est souhaitable d'informer le patient sur les premiers symptômes d'une éventuelle rechute, afin qu'il puisse les repérer aisément.

❖ **Le suivi** :

Dans le cadre d'une tentative de suicide, le pharmacien pourra être amené à appeler le Centre Anti-Poison (CAP) ou le SAMU en cas d'ingestion d'une dose toxique d'un médicament ou autre. De plus, il pourra expliquer l'intérêt d'adhérer au traitement proposé et inciter l'adolescent et ses parents à suivre une thérapie familiale lorsque le climat familial est pathogène.

Enfin, pour certains patients atteints de psychopathologie lourde, le médecin pourra prescrire les traitements psychotropes en délivrance journalière. Dans ce cas, le pharmacien, l'infirmière ou une tierce personne formée sera chargée de préparer et délivrer les doses journalières.

Dans tous les cas, le pharmacien devra avoir un dialogue avec le patient et/ou la famille et insister sur l'intérêt d'un suivi même en cas d'amélioration des symptômes.

CONCLUSION GENERALE

Chez l'adolescent, la référence au cadre du DSM-IV met en évidence une prévalence de 5 % pour les épisodes dépressifs majeurs (59). L'intrication de l'hérédité, des traits de personnalité combinée à l'histoire individuelle et aux expériences antérieures en détermine la vulnérabilité.

La dépression majeure de l'adolescent présente un tableau clinique semblable à celui de l'adulte. Néanmoins, le sentiment d'ennui y est plus prononcé et les manifestations somatiques ainsi que les co-morbidités y sont plus nombreuses. De plus, certains auteurs s'accordent à dire que les conduites dangereuses et suicidaires dans cette population apparaissent comme étant des équivalents dépressifs. De ce fait, l'évaluation peut être difficile et la dépression chez l'adolescent s'en trouve sous-diagnostiquée, ceci malgré l'existence de nombreux outils et d'échelles d'évaluation.

Par ailleurs, des théories psychologiques et physiologiques concernant l'origine de la dépression, ont été décrites. Ainsi, des dysfonctionnements du système de régulation et d'expression de neuromédiateurs et de certains facteurs protéiques seraient en cause.

Hormis une rémission constatée dans la majorité des cas, l'épisode dépressif majeur est caractérisé par un risque important de rechute, atteignant 50% dans les 2 ans qui suivent. De plus, le risque de complication en suicide existe, et est plus fréquent lorsque des co-morbidités sont associées au trouble dépressif. En France, il est la deuxième cause de mortalité chez les 15-24 ans avec une surreprésentation masculine.

Contrairement au suicide, les tentatives de suicide sont l'apanage des filles, et sont 30 à 60 fois plus nombreuses que l'autolyse. Elles sont majoritairement médicamenteuses. Notre étude incluant les adolescents de 15 à 24 ans résidant dans le Nord nous confirme la prédominance féminine des intoxications médicamenteuses volontaires et les résultats concernant les caractéristiques personnelles et spatio-temporelles concordent avec les travaux réalisés dans différentes régions de France.

Face à ce problème majeur de santé publique, un observatoire national du suicide a vu le jour en septembre 2013. Par cela, le ministère de la santé souhaite renforcer les actions de prévention et de suivi du suicide.

D'autre part, une des actions de prévention principale du suicide chez l'adolescent, serait de définir une conduite à tenir.

En effet, bien qu'une hospitalisation soit systématiquement préconisée et que la prise en charge soit axée principalement sur les psychothérapies, aucune recommandation claire n'a été établie. Souvent, l'utilisation des antidépresseurs peut compléter le traitement, malgré le fait qu'ils soient déconseillés avant l'âge de 18 ans (sauf pour la fluoxétine), du fait du risque suicidaire potentiel. L'électroconvulsivothérapie, elle, semble être utile surtout dans les formes de dépressions sévères avec un risque léthal élevé.

Dans ce contexte, le pharmacien d'officine aura essentiellement un rôle d'information, que ce soit sur la pathologie, les structures médicales à consulter, le traitement et le suivi.

Enfin, ces dernières années, de nouveaux outils sont à l'étude. C'est le cas de l'autopsie psychologique, déjà utilisée Outre-Manche, qui s'inscrit comme un nouveau moyen de prévention du suicide en France, mais aussi de la stimulation magnétique transcrânienne répétée, qui est un nouveau traitement dont les résultats sont encourageants.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANSM. Antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent²: compte rendu de la réunion du 8 mars 2005.
2. Marcelli D, Humeau M. Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. EMC - Psychiatr. janv 2006;3(4):1-11.
3. Purper-Ouakil D. Repérer et prendre en charge la dépression et les conduites suicidaires chez l'adolescent. L'Encéphale. juin 2009;35(2):S3-7.
4. ANSM (ex AFSSAPS). Le bon usage des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent. 2008.
5. Choquet M. Suicide et adolescence²: acquis épidémiologiques. Médecine Thérapeutique Pédiatrie. 25 sept 1998;1(4):337-43.
6. Drees, santé protection sociale. Observatoire national du suicide [Internet]. 2013 [cité 31 août 2014]. Disponible sur: www.drees.sante.gouv.fr/l-observatoire-national-du-suicide-ons,11209.html
7. Colonna L, Caillard V, Bailly D, France-université-antidépresseurs groupe d'études. Age, dépression et antidépresseurs. Flammarion Médecine; 1998. 180 p.
8. Chabrol H. La dépression de l'adolescent. Que Sais-Je. 1 nov 2001;(2437):3-6.
9. Jourdain D, Strohl H. Enquête sur la prévention et la prise en charge des adolescents et jeunes adultes souffrant de troubles psychiatriques. Février 2004. Report No.: 2004027.
10. Gourion D. Événements de vie et sévérité de la dépression aux différents âges de la vie. L'Encéphale. déc 2009;35:S250-6.
11. Ferreri F, Agbokou C, Nuss P, Peretti C-S. Clinique des états dépressifs. EMC, Psychiatrie. 2006.
12. Bonnot O. États dépressifs à l'adolescence. EMC - Traité Médecine AKOS. janv 2009;4(2):1-7.
13. Test de Rorschach [Internet]. Wikipédia. 2014 [cité 5 sept 2014]. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Test_de_Rorschach&oldid=106956241
14. De Kernier N, Canoui P, Golse B. Prise en charge des adolescents hospitalisés à la suite d'un geste suicidaire ou d'une menace suicidaire. 2010. 435-441 p.
15. Morisset C. Repérer, dépister et prendre en charge la souffrance psychique chez les adolescents en milieu scolaire. ENSP Rennes; 2007.
16. Dépression²: un élan vital à retrouver. Recherche et santé. 2012;(132).
17. Delavalle T. Implication de la neurogenèse hippocampique dans l'activité régulatrice de l'hippocampe sur l'axe HPA dans un modèle murin de dépression. François-rabelais Tours; 2012.

18. Achamsse.M. Millepertuis (*Hypericum perforatum*) et Dépression: Présentation de la plante Aspect pharmacologique Effets indésirables et Contre - indications. Thèse de pharmacie. Faculté de Lille.; 2006.
19. Wolters Kluwer. Médicaments chapitre antidépresseurs. 2007.
20. Le Moniteur des pharmacies: tous déprimés? mars 2002;16-23.
21. Dassonville V. Du symptôme dépressif à la thérapeutique. L'Encéphale. 9 avr 2008;33(4-C2):641-9.
22. Prouff J, Dunezat P, Dumont J-P, Dez-Alexandre ML. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Heures de France; 1995. 388 p.
23. Cohen D. La dépression de l'enfant et de l'adolescent: Quelques arguments pour prescrire toute perspective adultomorphe. 2006.
24. Catry C, Braconnier A, Marcelli D. Dépressions à l'adolescence. EMC - Psychiatr. janv 2007;4(4):1-9.
25. I.karila, v.boss, l.layet. psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent. ellipses 2002.
26. Inserm. Autopsie psychologique: Mise en oeuvre et démarches associées. Septembre 2008.
27. Speranza et coll. Adolescent suicidaire: aborder ouvertement le sujet. nov 2004;
28. Observatoire Régional de la santé Rhône-Alpes. Mortalité par suicide et tentatives de suicide chez les Rhônalpins de 15-24 ans. 2013.
29. De Tournemire R. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. «Données épidémiologiques: comment s'y retrouver?». Arch Pédiatrie. août 2010;17(8):1202-9.
30. ADOC réseau des médecins. Le CD ROM « Un adolescent peut en cacher un autre » [Internet]. [cité 8 juill 2014]. Disponible sur: http://www.afpssu.com/wp-content/uploads/2013/07/15_adoc.pdf
31. Stheneur C. Tentative de suicide : comment repérer un adolescent en danger ? J Pédiatrie Puériculture. sept 2006;19(6):218-22.
32. Suicide et adolescence: Description et prévention. Geopsy.com.
33. Chérif L, Ayedi H, Sahnoun F, Walha A, Moalla Y, Rekik N, et al. Psychopathologie des tentatives de suicide chez les adolescents. Neuropsychiatr Enfance Adolesc. sept 2012;60(6):454-60.
34. ANAES. Prise en charge hospitalière des adolescents après une tentative de suicide. 1998.
35. Rufo.M; Choquet.M. Regards croisés sur l'adolescence, son évolution, sa diversité. Anne carrière; 2007. 510 p.
36. Mathieu-Nolf M. Rapport annuel 2006: Centre antipoison de Lille. 2006.
37. Persson HE, Sjöberg GK, Haines JA et al. Poisoning severity score. Grading of acute poisoning. J Toxicol Clin Toxicol. 1998. p. 205-13.

38. Insee Population. Publications et statistiques pour la France ou les régions [Internet]. [cité 16 sept 2014]. Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2&sous_theme=0&typegeo1=DEP&typesearch=territoire&search1=Nord&territoire=OK
39. Villa A, Baud F, Mebargane B. Intoxications aiguës les plus fréquentes. Elsevier Masson; 2007.
40. Rigolage L. Etat des lieux des tentatives de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire dans la structure des urgences du CHU de Nantes. Thèse de pharmacie, université de Nantes; 2012.
41. Laroui A. Place du charbon activé dans les intoxications médicamenteuses volontaires. Etude descriptive et comparative dans une série de 756 patients. Thèse de médecine, université de Nancy; 2000.
42. INPES. Les comportements de santé des jeunes. Analyses du Baromètre santé 2010.
43. Réseau sentinelle. Bilan annuel 2010 [Internet]. 2010. Disponible sur:
websenti.u707.jussieu.fr/sentiweb/document/1911
44. Chan-Chee C, Jezewski-Serra D. Hospitalisations pour tentatives de suicide entre 2004 et 2007 en France métropolitaine. Analyse du PMSI-MCO. Institut de veille sanitaire. déc 2011;
45. Gondret C. Analyse de la semiologie téléphonique des intoxications médicamenteuses volontaires. Thèse de médecine, université de Nantes; 2003.
46. Mégarbane B, Baud F. Intoxications aiguës médicamenteuses. [cité 15 sept 2014]; Disponible sur:
<http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/11935/resultatrecherche/9>
47. Fédération régionale Nord-Pas-de-Calais de recherche en santé mentale, Ducrocq F, Hadjeb L, Vaiva G. Suicides et tentatives de suicide: corrélation entre les données de la régulation du centre 15 et celles recueillies dans les services d'urgence du Nord-Pas-de-Calais. 2010;
48. Podlipski M-A, Peuch A-C, Belloncle V, Rigal S, Grall-Lerosay M, Castanet M, et al. Accueil en urgence des adolescents pour motif pédopsychiatrique. Arch Pédiatrie. janv 2014;21(1):7-12.
49. Diallo T, Hami H, Maiga A. Epidémiologie et facteurs de risques des intoxications volontaires au Mali. juin 2013;(3):359-66.
50. Attazagharti et al. Intoxications médicamenteuses et facteurs de risque influençant l'évolution des patients. 2009;(19):33-9.
51. Chabaud F, Robin S. Enquête Lycoll: Quelles relations entre les facteurs d'environnements et les comportements de santé? 2002 sept. Report No.: 83.
52. Binder Philippe. Les adolescents non pris en charge pour leur acte sont-ils différents des autres? 2001;(345).
53. Direction Générale de la Santé. Evaluation de la stratégie nationale d'actions face au suicide 2000-2005. 2006 oct.
54. Inserm. Suicide: Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention. 2005.

55. Inserm. Compte rendu de la rencontre-débat autour de l'expertise opérationnelle: Autopsie psychologique, Mise en oeuvre et démarches associées. septembre 2008.
56. Plan Psychiatrie et santé mentale [Internet]. 2005 [cité 27 août 2014]. Disponible sur: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
57. Vidal 2014 [Internet]. Disponible sur: www.eurekasanté.frr
58. Dorosz Philippe. Guide pratique des médicaments. Maloine 32ème édition. 2013.
59. Lauth B. L'utilisation des antidépresseurs aujourd'hui en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Perspect Psy.* 1 mars 2004;Vol. 43(1):34-45.
60. Bailly D. Tolérance des antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine chez l'enfant et l'adolescent. *Presse Médicale.* oct 2006;35(10, Part 2):1507-15.
61. Desombre H, Paccalin C, Revol O, Fourneret P. Place des traitements médicamenteux dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent. *Arch Pédiatrie.* juin 2006;13(6):711-3.
62. Purper-Ouakil D, Cohen D, Flament M-F. Les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent: mise au point des données d'efficacité et de tolérance. 2011.
63. Mercier Corinne. Actualités du millepertuis, *hypericum perforatum*, dans le traitement de la dépression: effets de mode ou bénéfice réel? Mémoire de fin de formation de conseils en Phyto-aromathérapie; 2006.
64. Goetz P. Phytothérapie de la dépression. *Phytothérapie.* 1 août 2010;8(4):245-8.
65. K G. Millepertuis (*Hypericum perforatum*) et traitement de la dépression légère à modérée. 2003;1(3):71-6.
66. Millepertuis et états dépressifs. *Revue Prescrire.* janv 2006;26 (268): 27.
67. ANSM. RCP Mildac. 2014.
68. Barreteau H. Homéopathie: connaissances et perspectives. *Pharm Hosp Clin.* déc 2013;48(4):296-7.
69. Hypnothérapie [Internet]. Wikipédia. 2014 [cité 28 août 2014]. Disponible sur: <http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Hypnoth%C3%A9rapie&oldid=104811505>
70. Dépression et hypnose: principes de l'hypnose contre la dépression sur [Internet]. *ComprendreChoisir.com.* [cité 28 août 2014]. Disponible sur: <http://depression.comprendrechoisir.com/comprendre/depression-et-hypnose>
71. Cohen. L. Une réflexion sur les Thérapies à Médiation Corporelle en psychiatrie adulte: De la théorie à la pratique. Thèse de médecine. Faculté de Lille.; 2014.
72. Les psychothérapies à médiation corporelle [Internet]. [cité 28 août 2014]. Disponible sur: http://www.doctissimo.fr/html/psychologie/consulter/les_therapies/therapies_corporelles.htm
73. Guetemme G. Kinésithérapie et dépression. *Kinesither Rev.* 2009;((85-86)):4-18.

74. Galinowski A, Pretalli J-B, Haffen E. Stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS) en psychiatrie: principes, utilisation pratique, effets secondaires et sécurité d'emploi. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* juin 2010;168(5):382-6.
75. Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie. *La Presse Médicale.* févr 2008;vol 28(n°5):236.
76. De Carvalho W. L'Électroconvulsivothérapie (ECT) aujourd'hui. *L'Encéphale.* juin 2009;35:S137-9.
77. Llorca P-M, Schmitt A, Mialoux M, Lefevre N. Usage des traitements par électrochoc en psychiatrie. *EMC - Psychiatr.* janv 2009;6(2):1-14.
78. Inserm. Evaluation des psychothérapies, expertise collective. 2003.
79. Rangaroj J, Pelissolo A. Thérapie comportementale et cognitive avec suivi intrahospitalier au service des urgences et liaison en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques.* 2007;(165):631-7.
80. Santé gov. Les maisons des adolescents. sept 2011; Disponible sur: <http://www.social-sante.gouv.fr/espaces,770/enfance-famille,774/dossiers,725/protection-de-l-enfant-et-de-l,1112/la-sante-des-adolescents-et-des,1266/les-maisons-des-adolescents,1798/les-maisons-des-adolescents,5537.html>
81. Scheerder MA, Gert, De Coster MA, Iris, Van Audenhove PD, Chantal. Pharmacists' Role in Depression Care: A Survey of Attitudes, Current Practices, and Barriers. *Psychiatr Serv.* 1 oct 2008;59(10):1155-60.

ANNEXES

Annexe 1 : Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton) :

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

0 : Absent

1 : Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2 : Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3 : Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).

4 : Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

0 : Absent.

1 : S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

2 : Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.

3 : La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4 : Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

0 : Absent

1 : A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2 : Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3 : Idées ou gestes de suicide.

4 : Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

0 : Absent.

1 : Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.

2 : Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

0 : Pas de difficulté.

1 : Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.

2 : Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

0 : Pas de difficulté.

1 : Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2 : Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

0 : Pas de difficulté.

1 : Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 : Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.

3 : Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

4 : A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0 : Langage et pensées normaux.

1 : Léger ralentissement à l'entretien.

2 : Ralentissement manifeste à l'entretien.

3 : Entretien difficile.

4 : Stupeur.

9) Agitation

0 : Aucune

1 : Crispations, secousses musculaires.

2 : Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3 : Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4 : Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

0 : Aucun trouble.

1 : Tension subjective et irritabilité.

2 : Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.

3 : Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

4 : Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

0 : Absente.

1 : Discrète.

2 : Moyenne.

3 : Grave.

4 : Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0 : Aucun.

1 : Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.

2 : A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

0 : Aucun

1 : Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.

2 : Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

0 : Absents.

1 : Légers.

2 : Graves.

15) Hypochondrie

0 : Absente

1 : Attention concentrée sur son propre corps.

2 : Préoccupations sur sa santé.

3 : Plaintes fréquentes, demandes d'aide.

4 : Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids

A : selon les dires du malade

0 : Pas de perte de poids.

1 : Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.

2 : Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

0 : Moins de 500 g de perte de poids par semaine.

1 : Plus de 500 g de perte de poids par semaine.

2 : Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

0 : Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

1 : Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

2 : Nie qu'il est malade.

Résultats : Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci. Elle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.

Annexe 2 : L'échelle CES-D

0 : jamais, très rarement (moins de 1 jour)

1 : occasionnellement (1 à 2 jours)

2 : assez souvent (3 à 4 jours)

3 : fréquemment ; tout le temps (5 à 7 jours)

Durant la semaine écoulée : (mettez une réponse pour chaque item)

- J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- Je me suis senti(e) déprimé(e)

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- J'ai été confiant(e) en l'avenir

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- J'ai pensé que ma vie était un échec

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- Je me suis senti(e) craintif(ve)

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- Mon sommeil n'a pas été bon

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- J'ai été heureux(se)

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- J'ai parlé moins que d'habitude

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- Je me suis senti(e) seul(e)

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- Les autres ont été hostiles envers moi

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- J'ai profité de la vie

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- J'ai eu des crises de larmes

jamais, très rarement occasionnellement assez souvent fréquemment ; tout le temps

- Je me suis senti(e) triste

☐ jamais, très rarement ☐ occasionnellement ☐ assez souvent ☐ fréquemment ; tout le temps

- J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas

☐ jamais, très rarement ☐ occasionnellement ☐ assez souvent ☐ fréquemment ; tout le temps

- J'ai manqué d'entrain

☐ jamais, très rarement ☐ occasionnellement ☐ assez souvent ☐ fréquemment ; tout le temps

Calcul des scores du CES – D

Un score total est calculé en additionnant les cotations. Celles-ci sont comprises entre 0 et 3, la cotation la plus élevée correspondant à la présence d'une symptomatologie sévère. Les cotations des items positifs sont inversées :

Item 3 : j'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres

Item 8 : j'ai été confiant dans l'avenir

Item 12 : j'ai été heureux

Item 16 : j'ai profité de la vie

Selon Fuhrer et Rouillon, une valeur seuil de 17 chez les hommes et 23 chez les femmes permet de différencier les sujets déprimés. Dans l'étude de validation de la version française, la sensibilité est de 0.76 et la spécificité de 0.71 pour ces valeurs.

Annexe 3 : Le test TSTS cafard

Il consiste à aborder 4 thèmes en formulant au cours de l'entretien les CINQ questions d'ouverture suivantes:

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	-> "Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire"
	-> "Es-tu stressé (ou tendu) par la vie de famille"

Les thèmes forment l'acronyme T.S.T.S.

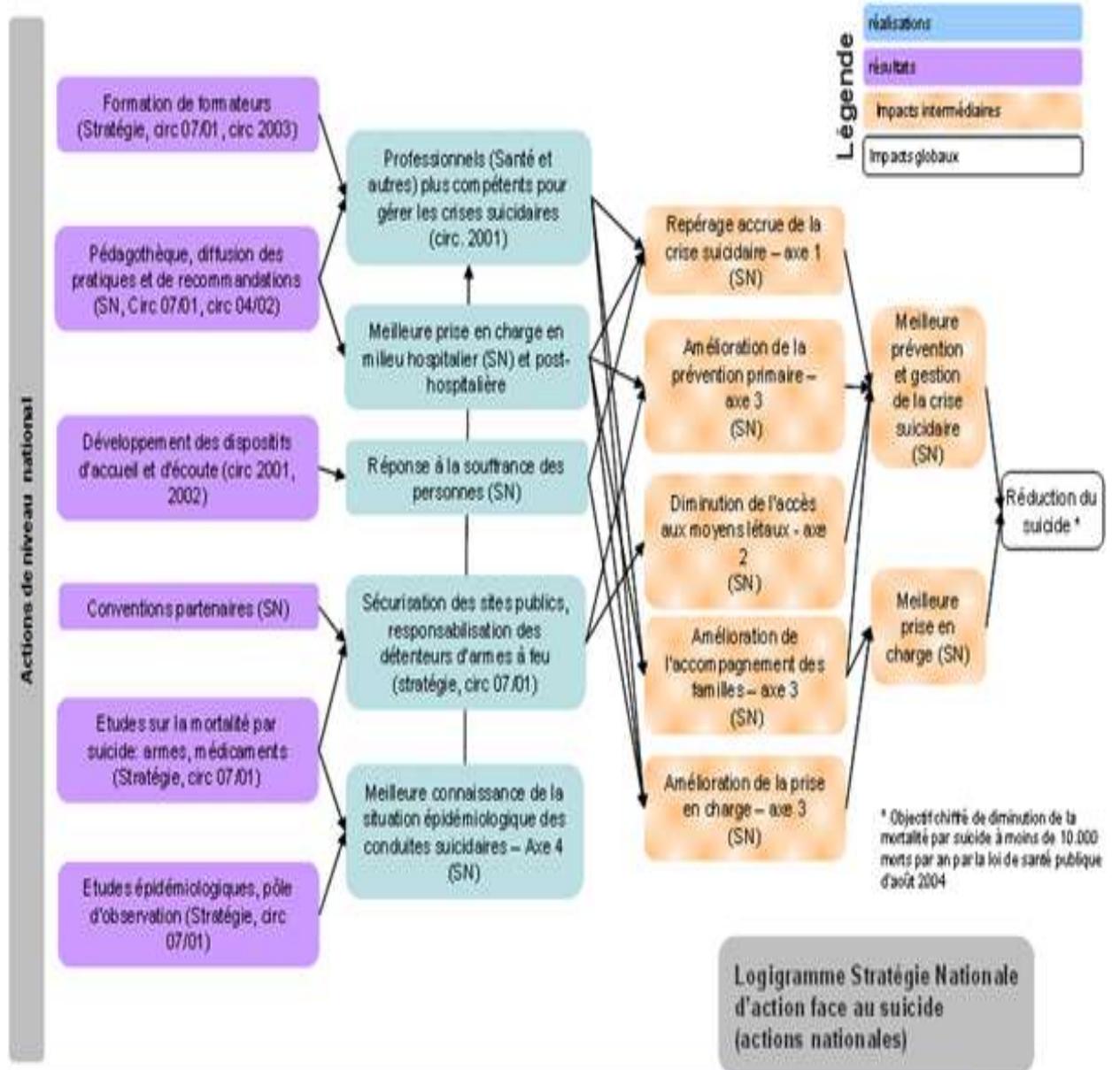
A chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de "5 mots clés"

Sommeil	-> Cauchemars	"Fais-tu souvent des Cauchemars"
Traumatologie	-> Agression	"As-tu été victime d'une Agression physique ?"
Tabac	-> Fumeur quotidien	" Fumes-tu tous les jours du tabac ?"
Stress scolaire	-> Absentéisme	« Es-tu souvent Absent ou en Retard à l'école ? »
Stress familial	-> Ressenti Désagréable familial	« Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »

On s'en rappellera avec l'acronyme C.A.F.A.R.D.

Deux réponses positives pour les filles et trois pour les garçons concernent une fois sur deux un adolescent suicidaire et légitime le médecin à s'enquérir de problèmes de mal-être actuel ou passé avec idées suicidaires.

Annexe 4 : Logigramme de la stratégie nationale d'action face au suicide.





3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
☎ 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr/>

DECISION D'AUTORISATION DE SOUTENANCE

Nom et Prénom de l'étudiant : Elkhabli Sihame

Date, heure et lieu de soutenance :

Le 13 10 2014 à 18 h. 15 Amphithéâtre ou salle : Pauling

Avis du conseiller de thèse :

Nom : Kambria

Prénom : Nicolas

favorable

défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 02/09/14

Signature: 

Avis du Président de Jury

Nom : Dine

Prénom : Thierry

favorable

défavorable

Motif de l'avis défavorable :

Date : 02/09/14

Signature: 

Décision de Monsieur le Doyen:

favorable

défavorable

Le Doyen

L. DUBRE



NB : La faculté n'entend donner aucune approbation ou improbation aux opinions émises dans les thèses, qui doivent être regardées comme propres à leurs auteurs.

Université de Lille 2
FACULTE DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2014 / 2015.

Nom : ELKHABLI
Prénom : Sihame

Titre de la thèse : Dépression majeure et risque suicidaire chez l'adolescent

Mots-clés : dépression majeure, adolescents, suicide, antidépresseurs, électroconvulsivothérapie, hospitalisation, suivi

Résumé :

Par leur fréquence, la gravité de leur retentissement personnel et social, par le risque de suicide qui leur est lié, les dépressions à l'adolescence représentent un problème majeur de santé publique.

Les facteurs de risques de ce trouble incluent des facteurs sociaux, familiaux, psychologiques et des influences génétiques. L'évaluation peut être difficile du fait de la variabilité des présentations cliniques et ce, malgré l'existence de nombreux outils de diagnostic.

La dépression majeure à l'adolescence est synonyme de risque suicidaire accrue. Le suicide représente la deuxième cause de mortalité dans cette population en France. Pour lutter contre ce fléau, de nombreux plans de prévention et de suivi du suicide ont été mis en place.

L'hospitalisation des jeunes suicidants dépressifs est systématique. Les prises en charge font alors une place prépondérante aux psychothérapies, en particulier l'approche cognitivo-comportementale même si les traitements médicamenteux ont une place importante. L'électroconvulsivothérapie se voit offrir une place de choix dans le traitement de la dépression sévère à risque léthal élevé.

Membres du jury :

Président : M. DINE Thierry, professeur de pharmacie clinique, faculté de pharmacie de Lille 2

Assesseur(s) : M. KAMBIA Nicolas, maître de conférence en pharmacologie, faculté de pharmacie de Lille 2

Membre(s) extérieur(s) : Mme LAPORTE Annick, docteur en pharmacie à Villeneuve d'ascq