

Identification, diagnostic et traitement de la dépression chez les adolescents (trouble dépressif majeur)

Un paquet pour le premier fournisseurs de santé Contact

© Stan Kutcher & Sonia Chehil 2009
www.teenmentalhealth.org

© Ce matériel est sous copyright.

Ce matériel ne peut être ni altéré, ni modifié, ni vendu.

Les adolescents et les parents sont invités à utiliser ce matériel pour leur propre usage. Les fournisseurs de soins de santé sont invités à utiliser ce matériel dans leur prestation de soins de santé.

Les éducateurs sont invités à utiliser ce matériel pour l'enseignement ou à des fins similaires.

L'autorisation d'utiliser ce matériel à d'autres fins, en tout ou en partie, doit être obtenue par écrit du Dr Stan Kutcher.

(stan.kutcher@iwbk.nshealth.ca)

Pour plus amples informations, visitez : www.teenmentalhealth.org

Identification, diagnostic et traitement de la dépression chez l'adolescent (Trouble dépressif majeur)

Une trousse pour les intervenants en santé de première ligne

Auteur: **Dr. Stan Kutcher**, MD, FRCPC, Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health & Director, WHO Collaborating Center, Dalhousie University, (Halifax, NS)

Dr. Sonia Chehil, MD, Assistant Professor in Psychiatry. Dalhousie University, (Halifax, NS)

Collaborateurs: **Lisa Bonang**, MD, CCFP, FCFP, General Practitioner (Musquodoboit Harbour, NS)
Jane Brooks, MD, PhD, CCFP, General Practitioner (Middleton, NS)
Heather Brown, MD, Lecturer, University of Manitoba, General Practitioner, Manitoba Adolescent Treatment Centre (MATC), (Winnipeg, MB)
Carlo G. Carandang, MD, ABPN (Dip.), Assistant Professor, Division of Child and Adolescent Psychiatry Dalhousie University (Halifax, NS)
Amy Cheung, MSc, MD, FRCP Assistant Professor, Department of Psychiatry, University of Toronto, (Toronto, ON)
Rhonda L. Church, MD, FRFP, Gateway Family Practice (Bridgewater, NS) & Staff Physician, South Shore Regional Hospital, (Bridgewater, NS)
Carl Fournier MD, Family physician, Clinical Associate professor University of Montreal, Notre-Dame hospital of CHUM (Montreal, QC)
Jane Garland, MD, FRCPC, Clinical Professor, Department of Psychiatry, University of British Columbia, Clinical Head, Mood and Anxiety Disorders Clinic, British Columbia's Children's Hospital, (Vancouver, BC)
Bianca Horner, MD, FRFP, Fellow College of Family Physicians, Assistant Professor, Dalhousie University Department of Psychiatry, (Halifax, NS)
John C. LeBlanc, MD, MSc, FRCPC, Associate Professor Pediatrics, Psychiatry, Community Health and Epidemiology, Dalhousie University (Halifax, NS)
Andrea Murphy, BSc Pharm, ACPR, PharmD, Research Associate, Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health; Assistant Professor, School of Nursing, Dalhousie University, (Halifax, NS)
Diane Sacks, M.D., FRCP(C), FAAP, Assistant Professor of Pediatrics, University of Toronto, (Toronto, ON)
Margaret Steele, MD, FRCPC, Professor, Department of Psychiatry, Schulich School of Medicine and Dentistry, University of Western Ontario, (London, ON)
Neal C. Stretch, BAsC, MASc, MD, CCFP, FCFP Rural Family Physician, Assistant Professor, Dept. of Family Medicine, University of Ottawa (Ottawa, ON)
Carolyn Thomson, MD, CCFP, FCFP, Chief, Dept. of Family Medicine, IWK Health Centre (Halifax, NS)
Suzanne Zinck, MD, FRCPC, Assistant Professor, Dalhousie University Department of Psychiatry, (Halifax, NS)

Remerciements: Christina Carew pour leur assistance technique et la coordination du projet.
Brigitte Schmit pour la traduction en français.

Introduction

Cette trousse fournit un bref aperçu des aspects cliniques de la dépression chez l'adolescent et de la manière dont les intervenants en santé de première ligne peuvent identifier et résoudre ce problème de façon efficace, cliniquement pertinente et prouvée.

La trousse est divisée en deux parties:

- 1) Une vue d'ensemble des informations utiles pour aider les intervenants en santé de première ligne à identifier, diagnostiquer et traiter un trouble dépressif majeur chez l'adolescent.
- 2) Une trousse à outils pour les intervenants en santé de première ligne contenant des outils de diagnostic et d'autres ressources utiles pour évaluer un trouble dépressif majeur chez l'adolescent.

Tout au long de ce document, vous trouverez du texte surligné en **bleu**. Cliquer sur ce texte en surbrillance vous amènera vers une ressource, soit dans le document lui-même soit sur un site externe.

Ce programme offre au fournisseur de soins de santé un cadre de travail complet, séquentiel et logique pour aborder la dépression chez l'adolescent. Chaque fournisseur de soins de santé pourra extraire de ce programme les éléments qui s'appliquent le mieux à sa propre pratique. En s'appuyant sur les informations présentées dans ce cours et en utilisant les composants de la boîte à outils qui répondent le mieux à la réalité de sa pratique, chaque fournisseur de soins de santé peut adapter sa démarche pour traiter l'adolescent souffrant de dépression.

Pour les pratiques de soins de santé comprenant des équipes de soins à la famille, plusieurs composants de la trousse à outils peuvent être utilisés par les différents intervenants, le chef d'équipe étant responsable d'assurer un suivi intégré des soins en cours.

Quelques faits concernant la dépression de l'adolescent

- L'adolescence commence avec la puberté et se termine vers 25 ans
- Le trouble dépressif majeur (TDM) affecte 6 à 8% des adolescents
- La plupart des gens qui développent un TDM expérimentent leur premier épisode entre 14 et 24 ans
- Un TDM du jeune se développe habituellement en une maladie chronique avec une morbidité importante, des effets économiques / professionnels / relationnels délétères et une augmentation de la morbidité (depuis le suicide jusqu'à, sur le long terme, d'autres maladies chroniques: diabète, maladies cardiaques, etc.)
- Des traitements efficaces pouvant être fournis par les intervenants en santé de première ligne sont disponibles
- Une identification et un traitement efficace précoces peuvent réduire la morbidité à court terme et améliorer les résultats à long terme (y compris diminuer la mortalité)

Un traitement efficace du TDM peut être avantageusement fourni aux adolescents par les fournisseurs de soins de santé primaire. Voici comment ...

Principales étapes

1. Identification du jeune à risque de TDM
2. Méthodes utiles pour le dépistage et le diagnostic de TDM en contexte clinique
3. Modèle de traitement
4. Évaluation du risque suicidaire
5. Sécurité et plan d'intervention
6. Indicateurs pour une orientation

Identification du jeune à risque de TDM

Les intervenants en santé de première ligne sont en position idéale pour identifier un jeune à risque de développer une dépression. Le tableau ci-dessous, dressé à partir de la littérature scientifique, est présenté dans un format utilisable efficacement par un prestataire de santé pour identifier les jeunes devant bénéficier d'une surveillance périodique pour dépister un début de TDM.

Risque de TDM du jeune, tableau d'identification

Facteurs de risques majeurs reconnus	Facteurs de risques moins bien reconnus	Appartenance à un groupe à risque (ne sont pas cause de TDM, mais peuvent identifier des facteurs liés à l'apparition de TDM chez l'adolescent)
1. Antécédents familiaux de TDM 2. Antécédents familiaux de suicide 3. Antécédents familiaux de maladie mentale (en particulier trouble de l'humeur, troubles anxieux, toxicomanie) 4. Apparition dans l'enfance de troubles anxieux	1. Apparition dans l'enfance de Trouble de Déficit de l'Attention avec Hyperactivité 2. Toxicomanie 3. Facteurs de stress environnementaux graves et persistants dans l'enfance (abus sexuel, violence physique, négligence)	1. Échec scolaire 2. Gay, lesbiennes, bisexuels, transsexuels 3. Intimidation (victime et ou auteur)

Que faire si un jeune est identifié comme étant à haut risque?

Sensibiliser au risque

L'apparition d'un TDM n'est pas inévitable, mais cela peut arriver. Si cela se produit, plus tôt il est diagnostiqué et traité efficacement mieux c'est. Il est préférable d'envisager la possibilité que les problèmes peuvent être un TDM que d'ignorer les symptômes s'ils apparaissent. Les professionnels de santé primaire qui fournissent des services aux familles sont bien placés pour éduquer les parents sur les risques potentiels de TDM chez leurs enfants. Les membres d'une famille (jeunes y compris) devraient être avertis d'un risque familial de troubles mentaux de la même manière qu'ils sont avertis des risques familiaux pour d'autres maladies (par exemple: maladie cardiaque, cancer du sein, etc.) [Cliquez ici pour accéder aux ressources pour les parents sur la dépression chez l'adolescent.](#)

Recueillir et consigner les antécédents familiaux de troubles mentaux

Les fournisseurs de soins de santé primaire doivent s'enquérir et prendre note des antécédents familiaux de troubles mentaux (y compris la toxicomanie) ainsi que de leur traitement (type, résultats) dans le cadre de leur interrogatoire de routine pour tous les patients. L'histoire familiale des antécédents aidera à identifier les jeunes à risque.

Convenir d'un seuil d'«examen clinique»

Si l'adolescent commence à se sentir faible, triste, déprimé, sans espoir, malheureux ou irritable ou qu'il s'ennuie continuellement et que ces symptômes durent plus de quelques semaines, cela devrait déclencher un examen clinique urgent. L'apparition d'idées suicidaires, d'un plan de suicide ou d'actes d'autoagression doit déclencher un examen clinique en urgence.

Organiser un calendrier de «check-up» en santé mentale

Une visite de 15 minutes pourrait être programmée tous les 3 à 6 mois au cours de l'adolescence pour un examen clinique de dépistage du TDM. L'utilisation de l'échelle de dépression pour adolescent (*Kutcher Adolescent Depression Scale*) (KADS) que vous trouverez ci-dessous est recommandée.

Une approche potentiellement utile consiste à demander au jeune ou au parent d'apporter les livrets scolaires de l'adolescent. Une tendance à présenter des notes en déclin, des retards fréquents ou des absences fréquentes peuvent indiquer un problème de santé mentale.

Confidentialité et compréhension du traitement par consentement éclairé

Une discussion sur la confidentialité et le traitement par consentement éclairé devrait faire partie de l'éducation sur le risque pour le jeune et les parents. Cette information peut faciliter l'accès aux soins d'une jeune personne déprimée car elle serait plus à l'aise pour partager sa détresse. Pour les parents, savoir ce qu'ils peuvent attendre comme information sur leur enfant leur permet d'être plus à l'aise avec la façon dont un traitement peut être mis en œuvre si nécessaire

Méthodes utiles pour le dépistage et le diagnostic

Les jeunes utilisant rarement les services des fournisseurs de soins de santé, le dépistage devrait être fait aussi bien pour les jeunes à haut risque que pour les jeunes à risque normal, lors des visites cliniques programmées. Les visites des adolescents pour contraception ou pour des problèmes de santé sexuelle sont une excellente occasion de dépistage de la dépression.

Un test d'auto-évaluation de bonne sensibilité et spécificité doit être utilisé. L'échelle d'auto-évaluation à 6 items de Kutcher ([6-item Kutcher Adolescent Depression Scale \(6-KADS\)](#)) a été testée sur des échantillons de population et a démontré une excellente sensibilité et spécificité. Il est recommandé dans les lignes directrices du NICE et du GLAD-PC. Il peut être rempli par l'adolescent avant une discussion en face-à-face avec l'intervenant en santé et il est disponible dans plusieurs langues.

Le KADS à 6 items est disponible en cliquant sur le lien ci-dessus et dans la trousse à outils ci-dessous.

Lorsque le KADS est fourni à l'adolescent pour la première fois, le clinicien doit prendre le temps de s'assurer que le jeune comprend bien pourquoi cet outil est utilisé et la façon dont le KADS devrait être rempli. Après avoir utilisé le test, vous devez vous assurer de fournir au jeune des informations sur ses résultats au KADS.

Le KADS à 6 items peut être utilisé par les cliniciens.

Les cliniciens qui souhaitent utiliser le KADS dans leur travail sont libres de l'appliquer en suivant les instructions accompagnant l'échelle. Les cliniciens qui souhaitent une formation sur le KADS et sur l'outil d'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent sont encouragés à communiquer avec le bureau de la Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health, au (902) 470-6598

Le diagnostic de TDM à l'adolescence

L'humeur des jeunes peut changer rapidement et elle est souvent fortement influencée par leur environnement. Il est important de distinguer un trouble dépressif de la déprime. La première dure longtemps (habituellement plusieurs mois) et nécessitera l'intervention d'un professionnel de santé, tandis que la seconde dure généralement peu de temps (moins de quelques semaines) et disparaîtra vraisemblablement spontanément ou sera sensiblement améliorée par un soutien social ou par la seule modification de l'environnement.

Le diagnostic de TDM chez les adolescents est actuellement établi à l'aide des critères du [DSM IV-TR](#)

Déprime

- Toujours associée à un événement déclencheur
- Atteinte fonctionnelle habituellement bénigne
- Transitoire - habituellement améliorée par les modifications de l'environnement ou la suppression des facteurs de stress
- Intervention professionnelle généralement pas nécessaire
- Peut être un facteur positif dans la vie – la personne apprend de nouvelles façons de faire face à l'adversité
- Aidée par le soutien social des réseaux habituels d'amis et de la famille
- Counseling et autres soutiens psychologiques peuvent aider
- Les médicaments ne devraient généralement pas être utilisés

Trouble dépressif

- Peut être associé à un événement déclencheur apparaître spontanément
- Atteinte fonctionnelle variable, de légère à sévère
- De longue durée ou chronique, l'environnement peut apporter des modifications, mais pas d'amélioration
- Validation externe (diagnostic syndromique: DSM*/CIM*)
- Intervention professionnelle généralement nécessaire
- Peut aggraver la situation par ses effets négatifs sur la vie personnelle (ex.: une humeur dépressive peut entraîner la perte des relations)
- Peut entraîner des effets négatifs à long terme (toxicomanie, perte d'emploi, etc.)
- Soutien social et interventions psychologiques spécifiques (soutien psychologique, psychothérapie) sont souvent utiles
- Les médicaments peuvent être nécessaires, mais doivent être utilisés correctement

* DSM- Diagnostic and Statistical Manual

* CIM – Classification internationale des maladies

Le diagnostic de TDM dans l'adolescence à l'aide du KADS

Le KADS est un instrument d'auto-évaluation qui peut être utile pour le diagnostic et le suivi de la dépression chez les jeunes. Les informations sur la notation du KADS se trouvent dans le document lui-même.

Une dépression clinique doit être suspectée chez un adolescent qui atteint un score KADS de 6 ou plus au moment du dépistage.

Un score KADS élevé (≥ 6) ne signifie pas que le patient a une dépression clinique, il suggère simplement un diagnostic possible et les réponses peuvent être utilisées comme guide pour un interrogatoire approfondi.

Si le résultat du KADS est de 6 ou plus lors du dépistage, on propose l'attitude suivante :

- Discussion sur les questions importantes ou les problèmes de la vie de l'adolescent et de son environnement. Remplir ou utiliser «l'évaluation fonctionnelle pour adolescent» [Teen Functional Assessment \(TeFA\)](#) pour déterminer l'impact de la dépression sur le fonctionnement de l'adolescent.
- Soutien et assistance neutre à la résolution de problèmes : utiliser le «soutien psychothérapeutique pour adolescent», [Psychotherapeutic Support for Teens \(PST\)](#) comme guide pour cette intervention. Encourager fortement et prescrire de l'exercice, du sommeil régulier, des repas réguliers, des activités sociales positives.
- Dépister le risque de suicide avec «l'outil d'évaluation du risque suicidaire» [Tool for Assessment of Suicide Risk \(TASR\)](#).
- Prévoir un contrôle téléphonique trois jours après la visite (de 3 à 5 minutes) (message texte ou courriel peuvent être préférés par l'adolescent). Si un problème est identifié, demander au jeune de venir à un rendez-vous dès que possible.
- Vérification de la santé mentale par le KADS une semaine après la visite. Cette visite pourrait également inclure le TeFA et le PST, donc prévoir environ 15 à 20 minutes
- Prévoir un autre contrôle téléphonique trois jours après la deuxième visite (3 à 5 minutes)
- Une troisième visite une semaine plus tard au cours de laquelle le KADS et le TeFA sont remplis

Ne pas se laisser submerger!

Oui, il y a beaucoup d'outils cliniques et ils abordent des sujets importants pour le diagnostic et le traitement des troubles dépressifs majeurs de l'adolescent. Toutefois, une évaluation complète de TDM peut être faite en trois visites de 15 minutes en utilisant le cadre proposé ci-dessus. Certains cliniciens préfèrent intégrer les détails trouvés dans les outils à leurs entretiens d'évaluation plutôt que d'utiliser les outils séparément. Cependant, le KADS devrait être systématiquement utilisé lors de chaque visite en tant que stratégie de surveillance des symptômes.

Le diagnostic de TDM est hautement probable si:

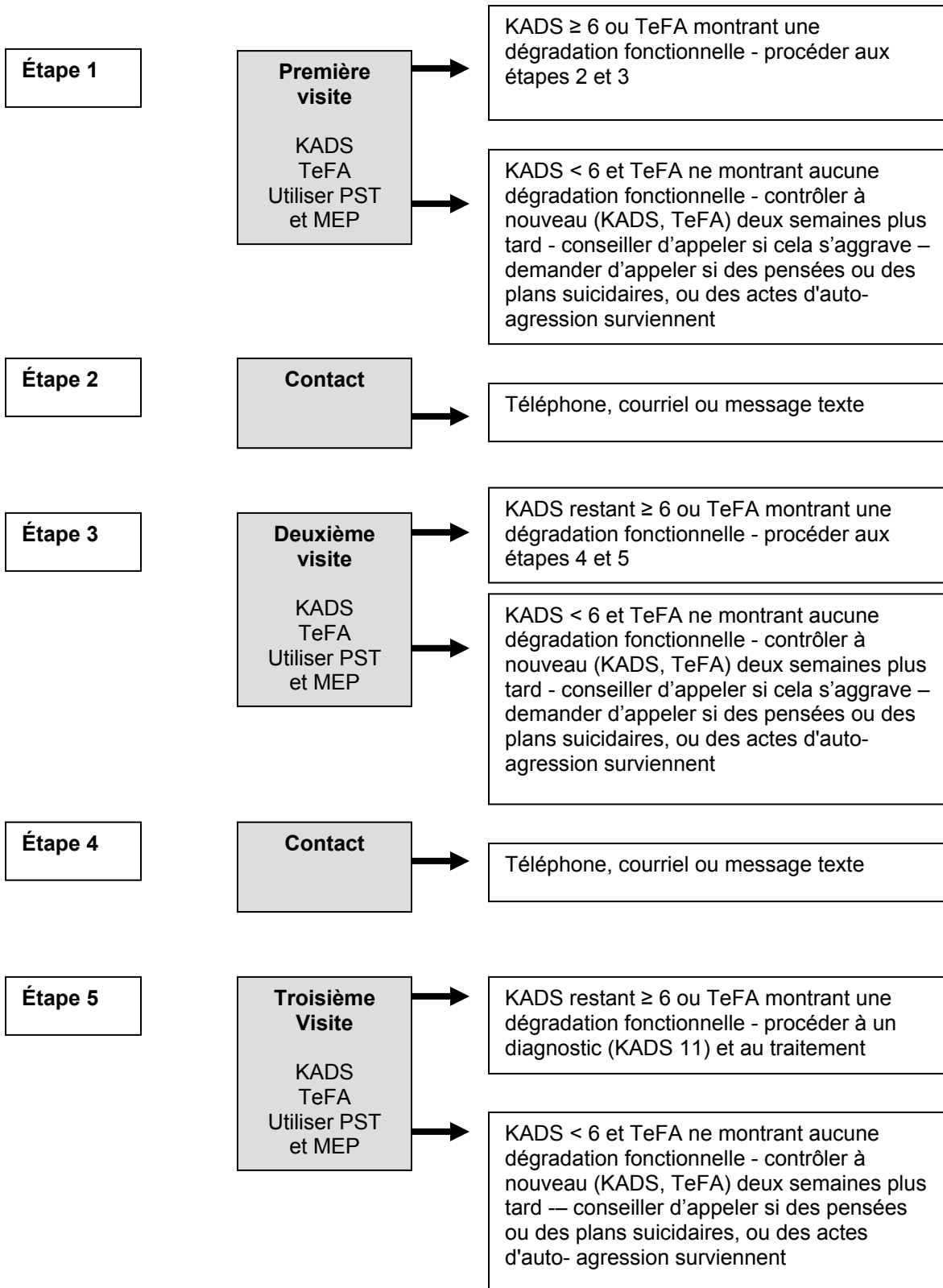
1. Le résultat du KADS reste à 6 ou plus au cours de la période de deux semaines (à chacun des trois points d'évaluation)
2. Des idées suicidaires persistent ou des comportements d'autoagression surviennent
3. Les performances scolaires, les relations familiales ou interpersonnelles se dégradent (ceci peut être évalué en utilisant le TeFA)

Dans ce cas, le KADS à 11 items devrait être utilisé lors de la troisième visite. Si cinq articles ou plus sont évalués à 2 ou plus en utilisant cet outil, un diagnostic de TDM peut être posé et la planification d'un traitement entreprise.

Le [KADS à 11 items](#) peut être utilisé gratuitement par les cliniciens

Noter que le KADS-11 est rempli par le clinicien et non par le patient. Le clinicien doit poser à l'adolescent les questions contenues dans l'échelle d'évaluation et noter avec la plus grande attention chaque item sur la base de ces questions.

Approche clinique en soins primaires d'un l'adolescent suspect de TDM*



* Cependant, certains fournisseurs de soins de santé peuvent choisir "d'évacuer" la plainte d'entrée du patient, de déterminer s'il existe un problème de sécurité ou une raison de référer immédiatement (par exemple: suicidaire, psychotique, voir ci-dessous pour plus de détails), de faire remplir le KADS par le patient et ensuite de planifier dans un court délai une visite plus longue pour compléter l'évaluation. La question ici est d'assurer la sécurité du patient tout en offrant une période d'évaluation suffisamment longue pour permettre de mieux différencier une dépression d'une déprime.


Modèle de traitement – Adolescent avec un TDM

Le traitement de la dépression chez l'adolescent comprend à la fois des éléments spécifiques et non spécifiques. Les éléments spécifiques sont les suivants: médicaments, psychothérapies structurées (par ex.: thérapie cognitivo-comportementale (TCC), thérapie interpersonnelle (TIP)). Les éléments non spécifiques comprennent les activités qui améliorent l'humeur et bien-être général PLUS des interventions psychologiques de soutien par le prestataire de soins (utilisez le PST dans la trousse à outils pour vous guider).

Lors de la mise en route du traitement, il faut commencer par informer le patient et le soignant sur la maladie et sur le traitement. Nous suggérons pour cela de programmer deux visites à 3-5 jours d'intervalle. Le temps ménagé entre les deux visites permettra au patient et au parent/fournisseur de soins de faire des recherches par eux-mêmes. Vous pouvez les diriger vers des sites Internet ci-dessous, mais encouragez-les également à chercher là où ils veulent (sur Google, par ex.) et de faire une liste des questions et des préoccupations à discuter avec vous lors de la prochaine visite.

Renseignements à fournir sur les troubles mentaux:

- 1) Déterminez ce que les jeunes et les soignants connaissent déjà sur la maladie et le traitement
- 2) Identifiez les domaines où l'information est erronée et fournissez des informations correctes
- 3) Identifiez les lacunes dans les connaissances et fournissez des informations
- 4) Apportez des connaissances, soyez réaliste, clair et utile
- 5) Mettez à disposition des documents écrits à emporter. [Ressources utiles pour les médecins généralistes.](#)
- 6) Posez des questions sur les problèmes de dépendance. Beaucoup d'adolescents/parents pensent que la prise de médicaments mènera à la dépendance. Cette question ne sera pas souvent soulevée spontanément ; vous devez donc l'aborder en vous aidant des [Informations utiles sur la dépendance et les médicaments \(lien vers le site NIDA\)](#)
- 7) Discutez de la durée prévisible du traitement médicamenteux. Dans un premier temps, il devra être poursuivi de 6 à 9 mois après que le jeune se sente bien.
- 8) Discutez comment la prise de médicaments va influencer leur mode de vie (par exemple: une consommation modérée d'alcool est habituellement ok ; pas de limites pour conduire avec un inhibiteur du recaptage de la Sérotonine (SSRI)).



Visitez MedEd ©

MedEd © est un nouveau document interactif conçu pour optimiser le traitement psychopharmacologique chez les jeunes

Interventions non-spécifiques

De récentes recherches neuro-biologiques ont apporté des indices supplémentaires sur la façon dont certains changements de l'environnement peuvent modifier le fonctionnement du cerveau dans les domaines connus pour être associés au contrôle de l'humeur, tels que le métabolisme de la sérotonine, de la dopamine, des facteurs neurotropes (le *brain derived neurotropic factor* (BDNF), par ex.), et des endorphines.

Pour une revue récente (bien que la plupart des données concernent les adultes) voir Young, Simon N. [How to increase serotonin in the human brain without drugs](#). *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2007: 32; 394-399.

Ces interventions non spécifiques incluent:

- 1) **De l'exercice** - notamment un minimum de 30 minutes d'exercice aérobique vigoureux par jour.
- 2) **Une lumière vive** - en particulier tôt le matin (entre 6 et 9 heures) et en début de soirée (entre 18 et 21 heures), exposition à 2000 lux ou plus. Cela devrait être la quantité de lumière disponible en plein air pendant les mois d'été (au Canada). En hiver, une lampe d'intensité équivalente pourrait être utilisée.
- 3) **Un soutien social** - interactions avec les pairs et la famille, en particulier associées à des activités agréables (même si cela doit faire négliger le travail ou faire baisser les notes).
- 4) **L'alimentation** - en particulier manger des aliments riches en tryptophane (comme les pois chiches), ou en sérotonine (comme le chocolat); malheureusement, il semble que consommer de la dinde et des bananes ne soit pas bénéfique. Surtout, une alimentation équilibrée avec peu ou pas de consommation d'alcool et en évitant la drogue. De récentes recherches suggèrent que les oméga-3 pourraient avoir un rôle thérapeutique dans la dépression, mais les éléments de preuve à ce stade sont encore limités.
- 5) **La musique et le mouvement** - en particulier de la musique rythmée et entraînant, et la danse.

S'il est peu probable que la mise en œuvre des stratégies ci-dessus puisse «traiter» un trouble dépressif majeur en l'absence de médicaments ou psychothérapie majeur (il est prouvé que la lumière vive appliquée deux fois par jour, matin et soir, pendant une heure et demie à chaque fois, pourrait être utile en particulier pour la dépression saisonnière) il n'y a aucune raison de ne pas "prescrire" une stratégie de mieux-être intégrant la plupart ou la totalité de ces interventions. À tout le moins la tendance des jeunes déprimés à s'isoler, à écouter de la musique monotone, à lire de la littérature ou de la poésie mélancoliques et à passer du temps dans une pièce sombre devraient être activement découragés.

Une suggestion de recette

Même si ce n'est pas complètement établi, des données récentes suggèrent qu'une alimentation riche en oméga-3 peut être utile. Voici une recette de "smoothie" pour un petit déjeuner proposée par le Dr Jane Garland.

- Yogourt avec des fruits (baies, banane, pêche, etc.)
- 1 c. à thé de supplément Nutra-Sea oméga-3 liquide (Source d'oméga-3 provenant de l'huile de hareng de qualité pharmaceutique procurant un ratio équilibré sans goût de poisson)

Si vous préférez, vous pouvez remplacer le yaourt par du lait de soja ou du lait régulier. Un supplément de poudre protéinée peut être inclus si l'enfant a besoin d'apport nutritif. Il existe aussi des poudres à "smoothie" contenant des acides gras essentiels oméga-3 et d'autres nutriments (par exemple la marque Learning Factors) qui peuvent être utilisées comme une alternative.

Conseils pour l'amélioration de l'humeur Mood Enhancing Prescription (MEP)

Il est utile de fournir au jeune patient un plan simple, élaboré conjointement avec lui (et avec la personne qui en est responsable, selon la situation). Ce plan spécifie clairement les activités autogérées que le jeune devrait suivre durant les phases de diagnostic et de traitement entreprises avec le professionnel de santé. Les «Conseils pour l'amélioration de l'humeur» est un outil utile et rapide d'utilisation que le jeune peut utiliser pour identifier et planifier ses activités quotidiennes. Inclus ci-dessous, il fait aussi partie de la trousse du clinicien. Le clinicien peut passer en revue le MEP avec le patient, remplir les cases et s'y référer lors de la visite suivante.

Conseils pour l'amélioration de l'humeur

Beaucoup de choses peuvent être faites pour améliorer l'humeur. Parfois, l'activité elle-même peut aider à se sentir mieux. Parfois une aide supplémentaire est nécessaire (psychothérapie ou médicaments). Voici des instructions sur ce qu'il est possible de faire pour améliorer son humeur. Pour chaque activité, écrivez votre plan (ce que vous ferez, avec quelle fréquence, avec qui).

Activité	Plan (quoi, avec quelle fréquence, avec qui)
Activité Physique	
Bien manger	
Bien dormir	
Résolution de problèmes	
Activité sociale	

Recourir à une aide extérieure

Si le jeune a le soutien de membres de sa famille, ceux-ci pourront s'engager dans le MEP. D'autres personnes impliquées dans la vie du jeune pourraient également jouer un rôle (enseignant, conseiller scolaire, entraîneur, voisin, etc.). C'est une bonne idée de demander au jeune qui d'autre pourrait l'aider et chaque fois que cela est possible de faire participer la famille. Il faut toujours s'informer des performances scolaires. Beaucoup de jeunes souffrant de troubles dépressifs majeurs peuvent avoir besoin d'une aide éducationnelle supplémentaire ou d'aménagements scolaires. Il est recommandé de s'entretenir avec un conseiller scolaire (avec la permission du patient).

© Stan Kutcher 2008
Traduction: Brigitte Schmit

Psychothérapie

Diverses lignes directrices suggèrent, pour les adolescents atteints de TDM léger à modéré, l'utilisation en première intention de psychothérapies spécifiques basées sur des publications. En de nombreux endroits, ces interventions ne sont pas facilement disponibles, ou bien l'adolescent ou la personne responsable peut choisir de ne pas accepter de suivre un tel traitement. Pour certains, le coût peut être un facteur important.

Si une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou une thérapie interpersonnelle (TIP) sont disponibles dans votre communauté, ce sont de bonnes pratiques à proposer dans le cadre du traitement de la dépression chez les jeunes. Toutefois, si les listes d'attente pour ces traitements sont longues ou si ces psychothérapies ne sont pas disponibles, le traitement doit être mis en œuvre avec des médicaments, des activités améliorant le bien-être et des relations de soutien. N'oubliez pas que les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont fréquentes lors de TDM et peuvent se produire pendant un traitement avec TCC ou TIP. C'est pourquoi les patients (même ceux qui ne prennent pas de médicaments) doivent être étroitement surveillés en ce qui concerne les idées suicidaires et les plans suicidaires pendant toute la durée du traitement.

En outre, certaines données suggèrent que la TCC peut avoir des effets positifs supplémentaires lorsqu'elle est combinée avec un traitement médicamenteux. Par exemple, il a été démontré que l'ajout de la TCC à l'ISRS fluoxétine réduisait le risque d'idée suicidaire par rapport à la fluoxétine seule.

Que l'adolescent souffrant de TDM reçoive une TCC ou une PIT dans le cadre de son traitement, nous recommandons qu'il reçoive un traitement par fluoxétine car c'est le traitement qui a les meilleures preuves scientifiques d'efficacité dans cette maladie. Cependant, comme nous l'avons mentionné précédemment, nous recommandons vivement de ne traiter par la fluoxétine qu'à la condition d'assurer un suivi régulier et une prise en charge globale (visites en face à face, contacts électroniques, soutien psychothérapique (PST, évaluation du risque suicidaire, etc) tels que décrits dans cet article.

Important point clinique:

Les médicaments ne doivent pas être utilisés pour traiter les jeunes qui ont de légers symptômes de dépression, une dysphorie, sont démoralisés ou déprimés. Ils ne devraient être utilisés que pour traiter un trouble dépressif majeur. Si vous n'êtes pas sûr qu'il s'agisse d'une dépression, il est raisonnable de mettre en place des activités favorisant le bien-être et des relations de soutien et d'être à l'affût d'un changement des symptômes ou d'un risque suicidaire. Ne vous précipitez pas sur les prescriptions médicamenteuses, mais utilisez les médicaments dans les cas où ils sont indiqués avec de bonnes preuves scientifiques.

Soutien psychothérapeutique pour adolescents

Psychotherapeutic Support for Teens (PST)

Conseils pratiques pour les professionnels de santé primaire traitant la dépression chez les adolescents - Relations de soutien

Cet outil donne des conseils aux cliniciens et leur sert de guide pour orienter leurs interactions avec l'adolescent

Type de soutien	Conseils/Suggestions
<input type="checkbox"/> Approche	<ul style="list-style-type: none">• Soyez amical mais pas ami• Créez un environnement rassurant• Affirmez la confidentialité et ses limites (mise en danger de soi-même ou des autres), et soyez très CLAIR sur ce point.
<input type="checkbox"/> Soyez présent/concentré	<ul style="list-style-type: none">• Aidez à identifier les problèmes les plus importants au moment présent
<input type="checkbox"/> Restez centré sur les problèmes	<ul style="list-style-type: none">• Aidez à développer et à appliquer des solutions pratiques aux problèmes présents
<input type="checkbox"/> Informez	<ul style="list-style-type: none">• Informez sur la dépression et informez sur le traitement (remplissez le KADS et le TeFA)
<input type="checkbox"/> Soyez disponible	<ul style="list-style-type: none">• Soyez joignables en cas d'urgence, par téléphone, courriel ou SMS durant les heures de bureau.• Programmez des visites face à face brèves à des heures qui n'entrent pas en conflit avec l'école (15 à 20 mn)• Surveillez et soutenez les activités saines (exercice physique, sommeil, alimentation, etc.)• Assurez-vous de l'accessibilité à des soins médicaux en dehors des heures ouvrables en cas d'urgence.

Conseils supplémentaires pour créer un environnement de soutien

Souvenez-vous d'inclure ces lignes directrices dans un comportement de soutien et d'écoute active :

- Attitude empathique et sans jugement, mais soyez vous-même.
- Écoute active : donnez des signes d'écoute attentive : contact visuel, verbal ("hein-hein" "allez-y", "continuez"), et non verbal (hochement de tête).
- Clarification ("aidez-moi à comprendre", "pouvez-vous me dire ce que vous voulez dire par là", etc.)
- Identification de l'émotion ("vous semblez contrarié", etc.)
- Ne croyez pas comprendre le jeune trop rapidement, vous auriez probablement tort.
- Si vous ne savez pas de quoi il parle, posez des questions.
- Si vous ne savez pas répondre à une question, admettez-le et dites-lui comment vous allez vous renseigner.

© Stan Kutcher 2008 Traduction: Brigitte Schmit

Souvenez-vous que l'engagement parental ou du responsable est souvent nécessaire pendant l'évaluation et le traitement de la dépression chez un adolescent. Il est important de recueillir de ces personnes des informations sur l'état émotionnel et fonctionnel du jeune, chaque fois que cela est possible. Il est courant d'avoir des opinions différentes de la part des adolescents et des parents/responsables à propos de l'état mental et des activités du jeune. Lorsque cela arrive, une discussion conjointe du problème doit avoir lieu pour clarification et pour planifier une intervention optimale. Cependant il est essentiel de s'assurer que la confidentialité est respectée au cours de ce processus.

La confidentialité est importante mais elle a ses limites. Maltraitance, tentative de suicide, comportement nuisible envers autrui doivent être identifiés comme des problèmes qui ne peuvent pas rester confidentiels. La consommation de drogue doit être discutée avec le jeune quant à son ampleur et on doit clarifier jusqu'à quel point cet usage devient un problème dont les autres doivent être informés.

Les antidépresseurs dans les TDM de l'adolescent

Le traitement médicamenteux du TDM de l'adolescent pour lequel on a les meilleures preuves est la fluoxétine. Nous recommandons que ce soit le traitement médicamenteux de première ligne pour le TDM de l'adolescent en soins primaires et que les autres traitements médicamenteux soient réservés à l'usage des services secondaires et tertiaires de santé mentale, pour les jeunes qui ne répondent pas à la fluoxétine ou qui ne la tolèrent pas.

Toutefois, nous recommandons également fortement que la fluoxétine ne soit pas utilisée seule. Idéalement, elle devrait être combinée avec la TCC, les activités améliorant le bien-être et les relations de soutien. Dans d'autres cas, elle pourrait être combinée avec le TIP, les activités améliorant le bien-être et les relations de soutien. Au cas où ni la TCC, ni le TIP ne sont disponibles, la fluoxétine pourrait être combinée avec les activités améliorant le bien-être et les relations de soutien.

Le traitement par la fluoxétine améliore de manière significative les symptômes dépressifs et diminue les idées suicidaires. Cependant, certains jeunes peuvent avoir des idées suicidaires et des tentatives d'autoagression ou les voir augmenter lorsqu'ils sont traités par la fluoxétine. C'est pourquoi une évaluation systématique du risque de suicide doit faire partie du suivi du traitement par la fluoxétine ([voir l'avis de Santé Canada pour la fluoxétine](#)).

De plus amples informations sur l'utilisation des SSRI et le suicide chez les jeunes sont disponibles ci-dessous. Si vous utilisez la fluoxétine, nous vous suggérons de suivre les 12 étapes du traitement suivantes, en les personnalisant et en les intégrant dans une démarche pratique compatible avec votre pratique.

Facteurs à considérer lors de la surveillance d'un traitement par SSRI

Les 12 étapes suivantes sont présentées dans Kutcher, S., Gardner, D. & Virani, A. (2004) *A Suggested Careful Monitoring to SSRI Treatment*. Child and Adolescent Psychopharmacology News, 9 (4): 3-4.

CAPN est publié par [Guilford Press](#) et édité par le Dr Stan Kutcher.

Premièrement
Ne pas nuire. Cela ne signifie pas de ne pas traiter. Cela signifie faire une analyse adéquate des risques et des bénéfices de la situation, et s'assurer que votre évaluation de ces risques et bénéfices a été pleinement discutée avec le patient et sa famille.
Deuxièmement
Assurez-vous que le patient souffre d'un trouble dépressif majeur. Cela signifie que les critères de diagnostic sont manifestement présents et que la déficience fonctionnelle est clairement établie. Les médicaments ne doivent pas être utilisés pour traiter les symptômes dépressifs, ils devraient être réservés au traitement du trouble dépressif majeur. Souvenez-vous que le diagnostic ne se fait pas seulement au nombre total de critères présents définis pour le syndrome, mais aussi pour chacun des critères. Par exemple, je n'appellerais pas une insomnie de 20 à 30 minutes une ou deux fois par semaine une "difficulté à s'endormir".
Troisièmement
Soyez attentif à d'autres symptômes psychiatriques qui pourraient évoquer une autre maladie. Par exemple, le patient a-t-il un état prodromique de psychose qui ressemble à une dépression majeure. Rappelez-vous que les symptômes dépressifs ne font pas une dépression.
Quatrièmement
Soyez très attentif à des symptômes d'anxiété (en particulier de panique) et d'impulsivité. Si le patient présente ces symptômes, il a un plus grand risque de développer des effets comportementaux indésirables avec un SSRI.
Cinquièmement
Recherchez les antécédents de manie et les antécédents familiaux de trouble bipolaire. Rappelez-vous que jusqu'à deux tiers des troubles bipolaires débutant à l'adolescence, se présentent à un professionnel de santé mentale d'abord avec une dépression. Dans ce contexte le jeune peut être plus à risque d'activer les effets comportementaux des SSRI.
Sixièmement
Évaluez les symptômes somatiques actuels du patient, en accordant une attention particulière à des éléments tels que nervosité, agitation, irritabilité, etc, avant de commencer le traitement. Une échelle des effets secondaires (voir ci-dessous pour un exemple) peut être utilisée pour évaluer ce problème.
Septièmement
Évaluez les symptômes de dépression en accordant une attention particulière aux tendances suicidaires. Le KADS, qui est une échelle d'auto-évaluation (voir ci-dessous) est facile à utiliser ; il a été validé dans cette population et peut servir non seulement de référence mais aussi pour évaluer les résultats du traitement.

Rappelez-vous que les SSRI peuvent parfois augmenter les idées suicidaires ; il est donc très important pour l'analyse des risques-bénéfices de déterminer s'il existe des idées suicidaires au départ.

Huitièmement

Fournissez au patient et à sa famille des informations complètes sur la maladie et les diverses options de traitement. La documentation appropriée devrait être disponible dans votre cabinet et vous devriez avoir une liste de sites Internet de qualité auxquels vous pouvez les référer. Souvenez-vous que le traitement médicamenteux de la dépression n'est pas un traitement médical d'urgence. On a le temps pour une recherche approfondie suivie d'une discussion franche et ouverte avec le patient et sa famille

Neuvièmement

Si un SSRI est choisi assurez-vous de fournir au patient et à sa famille des informations adéquates sur les effets secondaires possibles (comportementaux et somatiques) ainsi que sur la chronologie prévue de l'amélioration. Idéalement, ceci devrait être consigné par écrit et si vous pensez qu'il puisse y avoir litige, faites signer au patient et à sa famille un formulaire et conservez-le dans le dossier du patient. Notez également dans le dossier ce qui a été discuté et décidé.

Dixièmement

Après avoir fait le bilan de laboratoire nécessaire (pour un SSRI le seul que je considère comme absolument nécessaire est un test de grossesse pour les jeunes filles), commencez par une petite dose-test du médicament, de préférence donnée à un moment où l'adolescent est en présence d'un adulte responsable qui est au courant de la dose d'essai et qui peut vous contacter s'il ya un problème. Ensuite, commencez le traitement avec une dose très faible (souvent, vous pouvez couper de moitié la pilule la moins dosée ou vous pouvez demander au patient de diviser le contenu d'une capsule). Demandez au patient et aux parents de reporter quotidiennement les effets comportementaux indésirables. N'oubliez pas de fournir un numéro de téléphone où vous (oui, vous) pouvez être joint si des problèmes apparaissent et arrangez-vous pour voir le patient dans les 3 à 4 jours après l'initiation du traitement.

Onzièmement

Augmentez la dose lentement avec 3 à 5 jours d'intervalle maximum jusqu'à ce que votre dose thérapeutique initiale soit atteinte (dose minimale efficace souhaitée par jour), puis attendez les 6 à 8 semaines requises à cette dose pour en déterminer l'efficacité. Ne prescrivez jamais un médicament sans offrir au moins une psychothérapie de soutien en utilisant des techniques de soutien cognitives ou interpersonnelles. Voyez le patient **toutes les semaines** et permettez des appels téléphoniques de contrôle chaque fois que la dose est augmentée ou entre les visites si des préoccupations apparaissent. Vérifiez toujours s'il existe des effets secondaires à chaque visite et notez-les (utilisez le formulaire que vous avez utilisé au départ afin de comparer les changements des symptômes au fil du temps). Évaluez l'amélioration aux semaines 2, 4, 5 et 6.

Douzièmement

Profitez de la réponse au placebo (qui se trouve être élevée dans la plupart des essais sur la dépression chez les adolescents). C'est-à-dire ayez une approche similaire dans vos soins aux patients à celle utilisée dans les études. Ceci inclut de fréquentes visites en face-à-face dès le début de la thérapie, le développement d'une relation de confiance et de soutien, des efforts pour mesurer objectivement et subjectivement les réactions, porter une attention particulière au déclenchement des effets secondaires, à la tolérance globale, aux préoccupations qui surgissent, et à la satisfaction au traitement.

Cette approche représente de bons soins cliniques qui est conforme à la "surveillance attentive" préconisée par la FDA et d'autres organisations. Cette approche n'empêchera pas forcément la survenue d'effets secondaires comportementaux, mais elle peut de diminuer leur prévalence et vous aidera à les identifier rapidement lorsqu'ils apparaissent et à intervenir de façon appropriée.

Initier et poursuivre un traitement par la fluoxétine*

- Commencez bas et allez lentement
- Commencez par 10 mg par jour (s'il existe d'importants symptômes d'anxiété, commencez par 5 mg)
- Continuez avec 10 mg pendant une à deux semaines, puis augmentez à 20 mg
- Continuez avec 20 mg pendant un minimum de 8 semaines
- Si les effets secondaires sont un problème avec l'augmentation à 20 mg - diminuez la dose à 15 mg par jour pendant 1 semaine, puis augmentez à 20 mg. Si des effets secondaires importants se produisent à nouveau, continuez avec la dose à 15 mg pendant un minimum de 8 semaines.

* Le modèle de [relation de soutien basée sur le PST](#) doit être utilisé lors de chaque visite comme cadre de travail pour organiser votre interaction avec votre patient.

Référence – Drapeau rouge

Si le jeune se présente avec une dépression sévère et une intention suicidaire active, une référence immédiate aux services spécialisés en santé mentale est justifiée. Une dépression présentant un tableau de psychose ou la présence d'un plan de suicide nécessite une référence d'urgence.

Évaluation et surveillance fonctionnelle

L'atteinte fonctionnelle est un élément essentiel du diagnostic de TDM. Chez les jeunes, une évaluation fonctionnelle dans quatre domaines est un élément essentiel du suivi du traitement. La récupération fonctionnelle est une cible nécessaire des résultats du traitement.

Les quatre domaines fonctionnels qui doivent être abordés sont les suivants:

- | | |
|-------------------|---|
| 1. École | Niveau scolaire, relations avec les enseignants, présence aux cours |
| 2. Maison | Relations avec les parents et la fratrie, activités à la maison |
| 3. Travail | Performance au travail, relations dans le cadre du travail |
| 4. Amis | Collègues, relations avec les amis, activité sexuelle |

L'[évaluation fonctionnelle de l'adolescent \(TeFA\)](#) a été développée pour aider le fournisseur de soins de santé primaire à évaluer chacune de ces composantes. Les cliniciens peuvent copier et utiliser le TeFA sans l'autorisation écrite de l'auteur. Certains cliniciens peuvent choisir d'intégrer les caractéristiques essentielles du TeFA dans leur entrevue standard de suivi des patients plutôt que d'utiliser l'outil lui-même.

Suivi du traitement

Les résultats et les effets secondaires doivent être surveillés régulièrement pendant le traitement*. Le tableau suivant est proposé à titre indicatif. Pour l'évaluation des résultats du traitement utilisez le KADS et le TeFA. Pour l'évaluation des effets secondaires utilisez le **Short Chehil-Kutcher Side Effects Scale (sCKS)** (échelle simplifiée des effets secondaires de Chehil-Kutcher) illustrée sur la page suivante.

Outil	Référence	Jour 1	Jour 5	Semaine 1	Semaine 2	Semaine 3	Semaine 4	Semaine 5	Semaine 6	Semaine 7	Semaine 8
KADS	✓				✓		✓		✓	✓	✓
TeFA	✓				✓		✓		✓	✓	✓
sCKS	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

* Le modèle de [relation de soutien basé sur le PST](#) doit être utilisé lors de chaque visite comme cadre de travail pour organiser l'interaction avec votre patient.

Effets secondaires

Les effets indésirables (effets secondaires) dus au traitement sont des problèmes qui apparaissent au cours du traitement médicamenteux et qui sont causés par les médicaments. Les effets secondaires peuvent inclure des problèmes physiques, émotionnels ou comportementaux. Afin de mieux évaluer les effets secondaires, une évaluation de référence des problèmes courants devrait être réalisée systématiquement, en utilisant une combinaison d'évaluations structurées et semi-structurées.

Semi-structurée: Une question utile qui peut révéler des effets secondaires est : *"Y a-t-il eu des changements dans votre corps que vous pensez pouvoir être un effet secondaire?"*

Structurée: Ci-dessous, une échelle des effets secondaires qui pourrait être utilisée à chaque visite clinique.

Échelle simplifiée des effets secondaires de Chehil-Kutcher (sCKS) *

(Short Chehil-Kutcher Side Effects Scale (sCKS))

Item	Aucun	Léger	Modéré	Sévère
Maux de tête				
Irritabilité / colère				
Agitation				
Diarrhée				
Problèmes sexuels				
Pensées suicidaires				
Tentatives d'autoagression	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Si oui précisez: Était-ce une tentative de suicide (intention de mourir) <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui			
Y a-t-il d'autres problèmes?	1. 2.			

Les cliniciens qui souhaitent utiliser l'échelle simplifiée des effets secondaires de Chehil-Kutcher pour leur pratique individuelle ou en groupe peuvent le faire sans permission écrite des auteurs. L'échelle simplifiée des effets secondaires de Chehil-Kutcher ne peut être utilisée à d'autres fins (y compris la publication) sans le consentement écrit formel des auteurs.

Les cliniciens qui travaillent dans des établissements spécialisés en santé mentale peuvent utiliser la version longue de l'échelle des effets secondaires de Chehil-Kutcher (CKS). Le CKS peut être utilisé dans des circonstances et dans des conditions similaires à celles prévues pour la sCKS.

[Cliquez ici pour accéder à la version longue de la Chehil Kutcher Side Effects Scale.](#)

L'hypomanie

Un effet secondaire rare du traitement médicamenteux est l'induction d'hypomanie. Elle se présente avec les symptômes suivants:

1. Réduction du besoin de sommeil - sentiment subjectif que le sommeil n'est pas nécessaire
2. Augmentation d'activités orientées (peut être idiosyncrasique ou inappropriée)
3. Augmentation de l'activité motrice (y compris nervosité), de la production verbale, et du comportement social intrusif

Si on suspecte une hypomanie, le traitement médicamenteux doit être interrompu et le patient référé d'urgence en santé mentale. Rappelez-vous que l'existence d'antécédents familiaux de trouble bipolaire augmente le risque d'hypomanie.

Que faire après 8 semaines à 20 mg/jour ?

Trois résultats sont possibles, chacun nécessitant une stratégie d'intervention différente.

TOUJOURS vérifier que le traitement médicamenteux a été respecté!

1	Résultat	Stratégie
	Patient pas ou peu amélioré. KADS score de 6 ou plus, et peu ou pas d'amélioration fonctionnelle.	<ul style="list-style-type: none"> Augmenter progressivement la fluoxétine à 30 mg et référer au service spécialisé de santé mentale pour enfant et adolescent Poursuivre la surveillance hebdomadaire et toutes les autres interventions jusqu'à la consultation
2	Résultat	Stratégie
	Patient modérément amélioré. KADS score à 4 ou 5. Une certaine amélioration fonctionnelle (50 à 60%, déterminé à partir du TeFA)	<ul style="list-style-type: none"> Si le médicament est bien toléré, augmenter à 30 mg par jour et poursuivre le suivi et les interventions pendant deux à quatre semaines, puis réévaluer. S'il n'y a aucune amélioration substantielle il faut référer. Si le médicament n'est pas bien toléré continuer à 20 mg par jour avec surveillance et intervention pour deux semaines de plus, puis réévaluer. S'il n'y a aucune amélioration substantielle il faut orienter vers un traitement de santé mentale spécialisée.
3	Résultat	Stratégie
	Patient sensiblement amélioré. KADS score inférieur à 6 et amélioration fonctionnelle majeure.	<ul style="list-style-type: none"> Continuer la fluoxétine à 20 mg par jour Diminuer peu à peu les visites de suivi et d'intervention à une toutes les deux semaines pendant deux mois puis une par mois par la suite Informers les patients et les aidants de la nécessité de poursuivre les médicaments et de la façon d'identifier la rechute si elle se produit Si c'est le premier épisode, continuer le médicament pendant 9 à 12 mois avant de décider d'un commun accord de l'arrêter. Pour cesser le traitement, choisir une fenêtre appropriée (période de faible niveau de stress) et diminuer progressivement (sur une période de quatre à six semaines) avec une surveillance toutes les deux semaines. Se mettre d'accord sur des «contrôles de routine» (par exemple, une fois tous les trois mois) et sur la façon d'identifier une rechute si elle se produit S'il s'agit d'un second épisode ou plus, prenez conseil en santé mentale sur la durée du traitement

Les doses de Fluoxétine utilisées dans les services spécialisés de santé mentale peuvent parfois dépasser celles habituellement rencontrées en soins primaires. Les médecins qui surveillent des jeunes qui ont été traités par des spécialistes devraient s'informer sur le bien-fondé des doses médicamenteuses avant d'effectuer un changement de dosage.

Vérifier l'adhésion au traitement médicamenteux

Déterminer l'observance du traitement peut être difficile. Il peut être utile d'envisager à l'avance la probabilité de non-respect du traitement. Reconnaître ouvertement que le patient peut éventuellement manquer une ou plusieurs doses de médicaments n'est pas seulement reconnaître la réalité, mais cela permet au patient de manquer occasionnellement une dose sans se sentir coupable, et de revenir à la prise médicamenteuse sans demander la permission de le faire. Pharmacologiquement, si cela se produit de temps en temps il y aura peu ou pas de changement important de la concentration sérique du fait de la longue demi-vie de la fluoxétine et de son métabolite principal (5 à 7 jours).

Il existe trois méthodes possibles pour surveiller et évaluer l'observance du traitement.

- 1) Renseignez-vous auprès de l'adolescent sur la prise des médicaments, en utilisant ce genre de questions: «Comment cela s'est-il passé avec la prise du médicament ?» ou «Comme nous en avons discuté, il n'est pas rare d'oublier parfois de prendre ses médicaments. Combien de fois depuis notre dernière conversation pensez-vous ne pas avoir pris le médicament ?» Il est important de ne pas réprimander l'adolescent qui reconnaît n'avoir pas respecté occasionnellement son traitement. Il suffit de reconnaître la difficulté à s'en souvenir et de lui demander comment vous pourriez l'y aider. Si l'observance du traitement est difficile, il est important d'aborder ouvertement la question, d'essayer de comprendre quelles peuvent en être les raisons. Une fois celles-ci identifiées, elles peuvent être discutées ensemble.
- 2) Renseignez-vous auprès des parents sur la prise des médicaments. Certains adolescents et parents peuvent choisir que ce soit le parent qui donne le médicament. Cependant, donner n'est pas la même chose que prendre. Donc, même si le parent donne le médicament, il est important d'interroger l'adolescent sur la prise du médicament tel que décrit ci-dessus.
- 3) Compter les pilules peut parfois être utile. Il suffit de demander à l'adolescent ou au parent d'apporter le flacon de pilules à chaque rendez-vous. Toutefois, un flacon de pilules vide ne signifie pas observance du traitement. Donc, même dans cette situation il est important d'interroger l'adolescent sur la prise du médicament tel que décrit ci-dessus.

Durée du traitement

Une fois l'amélioration substantielle ou la guérison obtenue, la question de la durée de la poursuite du traitement se pose. Le maintien du traitement pour un temps déterminé est nécessaire pour les raisons suivantes:

1. Permettre l'installation d'améliorations symptomatiques ou fonctionnelles supplémentaires, parfois plus longues à apparaître
2. Permettre la mise en place d'interventions thérapeutiques supplémentaires ou alternatives: par exemple l'ajout d'une thérapie cognitivo-comportementale à un traitement initial avec le médicament seul
3. Diminuer le risque de rechute
4. Diminuer le risque de développer une co-morbidité mentale (par exemple: une toxicomanie ou une phobie sociale)

Actuellement, la recherche n'a pas permis d'établir de lignes directrices formellement prouvées quant à la durée du traitement après la guérison de l'épisode dépressif index. Compte tenu des données (y compris l'expérience clinique) actuellement disponibles, nous pouvons raisonnablement faire les suggestions suivantes:

1. Continuer avec la même dose médicamenteuse que celle utilisée pour parvenir à la guérison
2. Continuer avec le même traitement que celui utilisé pour parvenir à la guérison pendant un minimum de six à neuf mois
3. Éduquer le patient sur les signes et symptômes qui peuvent évoquer une rechute et l'encourager à consulter immédiatement si cela arrivait
4. Encourager les consultations programmées de surveillance en santé mentale («Ma santé en tête»)
5. Si la décision de cesser le traitement est prise, ne pas arrêter le traitement pendant une période de stress important (tels que les examens scolaires ou un déménagement)
6. Si la décision de cesser le traitement est prise, réduire la dose graduellement sur une durée assez longue (trois mois par exemple) et surveiller étroitement les signes ou les symptômes de rechute
7. Conseiller la pratique d'activités de bien-être mental : alimentation appropriée, exercice, hygiène de sommeil; usage limité d'alcool (pas de cuite); éviter l'usage de drogues illicites

Si un patient rechute sous traitement adéquat, évaluer les points suivants:

1. L'observance du traitement
2. Un début récent de toxicomanie
3. Apparition récente de facteurs de stress qui remettent en question la capacité du patient à s'adapter
4. Emergence d'une autre possibilité diagnostique (tels que schizophrénie ou trouble bipolaire)

L'orientation vers un spécialiste de la santé mentale est indiquée en cas de rechute malgré un traitement adéquat.

Evaluation du risque suicidaire

La non reconnaissance et l'absence de traitement d'une maladie mentale, en particulier la dépression, est le facteur de risque de suicide de loin le plus important chez les jeunes. Le risque suicidaire est augmenté si les facteurs suivants s'additionnent.

- Antécédents familiaux de suicide
- Toxicomanie
- Antécédent d'impulsivité
- Désespoir
- Difficultés légales
- Antécédent de tentative de suicide
- Accès à des moyens de suicide (armes à feu par exemple)

Le suicide est plus fréquent chez les hommes, tandis que les tentatives d'autoagression sont plus fréquentes chez les femmes.

L'évaluation du risque de suicide devrait être faite chaque fois qu'une dépression est suspectée et à des moments précis au cours du traitement. Bien que l'utilisation du KADS lors des consultations permette de repérer par auto-évaluation les idées suicidaires, les plans ou les actes, une attention particulière doit être portée au risque de suicide pendant le traitement et le suivi de la dépression si:

- Un facteur de stress majeur se produit
- Un ami ou une connaissance se suicide
- Un personnage public se suicide
- Les médias font état d'un suicide réussi

Dans ces situations, l'exploration de l'impact de l'événement sur le risque suicidaire de votre patient doit faire partie de la visite de surveillance et d'intervention.

Outil pour l'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent (TASR-A)

Le Dr Kutcher et le Dr Chehil ont développé un outil clinique utile pour aider l'intervenant en santé à évaluer le risque de suicide. [L'outil d'évaluation de risque suicidaire chez l'adolescent \(TASR-A\)](#) est disponible en format PDF et peut être reproduit par les cliniciens qui traitent les jeunes déprimés avec la permission écrite des auteurs. Les informations sur la façon d'utiliser le TASR-A se trouvent dans la trousse à outils en annexe.

Le TASR-A a été développé pour être utilisé par les médecins et les prestataires de santé ayant une expertise dans l'évaluation et le traitement des jeunes souffrant de troubles dépressifs. Le TASR-A est une copie écrite et ne peut être utilisé à d'autres fins que celle indiquée ci-dessus sans le consentement formel et écrit des auteurs.

Les prestataires de santé qui aimeraient assister à une session de formation sur l'utilisation clinique du TASR-A et l'évaluation du risque suicidaire chez les jeunes peuvent communiquer avec le bureau de la présidence au (902) 470-6598 pour plus d'informations.

Évaluation du risque suicidaire

Le risque de suicide doit être évalué au départ et tout au long du traitement. On doit être particulièrement attentif à l'apparition de l'un des éléments mentionnés ci-dessus, identifiés comme aggravateurs de risque. Tous les jeunes qui ont décidé de se suicider ne vont pas admettre qu'ils ont un plan si on leur demande, donc aucune évaluation du risque suicidaire ne peut prétendre prévenir complètement le suicide. Toutefois, l'évaluation des idées et des plans suicidaires permet d'identifier les jeunes qui sont le plus à risque de suicide et des interventions appropriées peuvent être mises en place (y compris l'hospitalisation s'il existe un plan de suicide).

Idée suicidaire

- Renseignez-vous sur les idées de mourir, de ne plus vivre et de se suicider
- Renseignez-vous sur un sentiment de désespoir - UNE JEUNE PERSONNE DESEPEREE PRESENTE UN RISQUE ACCRU - souvenez-vous que ce ne sont pas tous ceux qui ont un diagnostic de TDM qui sont désespérés.

Plan de suicide

- Si le jeune avoue des idées suicidaires ou de désespoir, posez TOUJOURS la question d'un éventuel plan de suicide

Si vous jugez cliniquement que l'adolescent est à risque élevé de suicide, il s'agit d'une urgence médicale. L'adolescent doit alors être pris en charge par un adulte responsable pour faire une évaluation psychiatrique immédiate. Assurez-vous, s'il vous plait, qu'une copie de votre évaluation ainsi que des informations sur la façon de vous joindre soient disponibles pour le spécialiste en santé mentale consulté en urgence. De nombreux cliniciens pensent qu'il est préférable, pour une meilleure efficacité, d'avoir un contact personnel préalable avec le clinicien qui va conduire l'évaluation.

Un jeune ayant des idées suicidaires persistantes et des tentatives d'autoagression répétées devrait être référé aux services spécialisés en santé mentale pour traitement.

Sécurité et plan d'intervention

La sécurité du patient est d'une importance primordiale. Les préoccupations de sécurité doivent l'emporter sur toutes autres considérations. Voici quelques suggestions pour aider l'adolescent traité pour un TDM à rester en sécurité. Si le fournisseur de soins de santé de première ligne a des inquiétudes concernant la sécurité, une consultation en santé mentale devrait être obtenue (voir ci-dessous).

Cartes de contacts d'urgence - il s'agit des numéros d'appel d'urgence (par exemple: services de santé mentale, services d'urgence en santé mentale pour les jeunes, services d'urgence, etc.). Souvent, c'est écrit sur une carte de format «carte de visite», que l'adolescent peut avoir à disposition à tout moment. D'autres méthodes peuvent être utilisées comme les messages électroniques enregistrés.

Disponibilité rapide de l'intervenant en santé - le suicide et les autres problèmes de sécurité se produisent souvent lors d'événements stressants. Il peut être utile de permettre à l'adolescent ou à son tuteur d'accéder facilement à un fournisseur de soins de santé de première ligne (par exemple par téléphone ou par e-mail). L'expérience clinique montre que la plupart des jeunes ou de leurs soignants abusent rarement de cette possibilité.

Lignes d'appel – Bien que les lignes d'appel téléphonique d'urgence "hot-lines" n'aient pas démontré leur efficacité pour réduire le taux de suicide, ils peuvent être une ressource précieuse pour les jeunes en situation de crise. Le numéro de téléphone du service approprié de leur région devrait être fourni à l'adolescent.

Contrat de non-suicide - Bien que populaire parmi certains cliniciens, cette intervention n'a pas démontré d'effet sur le taux de suicide. Son utilisation n'est pas recommandée.

Indicateurs pour une orientation

L'orientation d'un adolescent souffrant de TDM à un service spécialisé en santé mentale peut avoir lieu en trois circonstances. Les indicateurs suivants ne sont que des suggestions. Chaque fournisseur de soins de première ligne doit identifier son propre niveau de confort dans le traitement et la gestion des adolescents avec un TDM et agir en conséquence. Ces suggestions sont les suivantes:

Orientation en urgence (avant tout traitement par le fournisseur de soins de première ligne):

- Idée suicidaire avec tentative ou plan de suicide
- TDM avec psychose (présence d'idées délirantes et/ou d'hallucinations)

Orientation urgente (le traitement peut être débuté, mais l'orientation devrait être faite en même temps):

- Rechute après réponse antérieure positive au traitement
- Persistance d'idées suicidaires sans tentative ni plan de suicide
- Antécédents familiaux de trouble bipolaire
- Antécédent de tentative de suicide
- Hypomanie

Orientation courante

- TDM ne répondant pas aux tentatives de traitement adapté de première intention.

Suggestions de sites Internet

- Des ressources pour les familles et les prestataires de santé sont disponibles sur le site GLAD PC : www.gladpc.org
- Le site *Texas TMAP*, et *Families for Depression awareness* ont un outil pour les familles et les patients : www.familyaware.org/parentandteenguide.php
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry - www.aacap.org
- Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health – www.teenmentalhealth.org

Suggestions de lecture

Albrecht, A. *Managing Crisis and Emergencies in the Course of Treatment*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 194-208.

Beautrais A, Fergusson D, Coggan C, et al. *Effective strategies for suicide prevention in New Zealand: A Review of the Evidence* N Z Med J. 2007 Mar 23;120(1251)

Brooks, S. (2004) *The Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS)*. Child & Adolescent Psychopharmacology News, 9, 54, 4-6

Brooks, S.J., & Kutcher, S. (2001). *Diagnosis and measurement of adolescent depression: A review of commonly utilized instruments*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 11, 341–376.

Brooks, S.J., Krulewicz, S., & Kutcher, S. (2003). *The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13, 337–349.

Carandang, C. & Martin, A. *Clinical Assessment of Children and Adolescents With Depression*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 23-42.

Cheung, A., Emslie, G. and Mayes, T. (2006) *The use of Antidepressants to Treat Depression in Children and Adolescents*. Can Med Assoc Journal, 174: 193-198.

Cheung, A. & Zuckerbrot, R. *Managing Depression in Primary Care*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 253-273.

Emslie, G., Rongrong, T., Croarkin, P. & Mayes, T. *How to use Medication to manage Depression*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 69-86.

Goodyer, I., Dubicka, B., Wilkinson, P., et al. *Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: randomised controlled trial* BMJ. 2007 Jul 21; 335(7611):142.

Gould, M., Greenberg, T., Velting, D., et al. *Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years*, J. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (2003), 42:4, 386-405.

Kutcher, S., Chehil, S. *Adolescent Depression and Anxiety Disorders* in Neinstein, L. S. et al *Adolescent Health Care: A Practical Guide*. 5th edition. Wolters, Lippincott, Williams & Wilkins. Philadelphia, 2008. pp. 994-1017.

- Kutcher, S., Chehil, S. (2006) *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. Wiley-Blackwell.
- Kutcher, S., Gardner DM. *SSRI Use and Youth Suicide: Making Sense of a Confusing Story Current Opinion in Psychiatry*. 2008 Jan; 21(1):65-9.
- Kutcher, S., McDougall, A. & Murphy, A. *Preventing, detecting, and managing side effects of medication*. In: Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009. pp. 174-193.
- Kutcher SP, Szumilas M. *Youth suicide prevention CMAJ*. 2008 Jan 29; 178(3):282-5
- Lau, J., Eley. T. (2008) *Disentangling gene-environment correlations and interactions on adolescent depressive symptoms* *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49 (2), 142–150
- LeBlanc, J.C., Almudevar, A., Brooks, S.J., & Kutcher, S. (2002). *Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory*. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 113–126.
- MacMaster FP, Kusumakar V. (2004) *Hippocampal volume in early onset depression BMC Med*. Jan 29; 2:2
- Mann, J., Apter, A., Bertolote, J., et. al (2005) *Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review*, *Journal of the American Medical Association*, Vol. 294, No. 16
- March, J., Silva, S., Petrycki, S., et al (2004) *Treatment for Adolescent with Depression Study (TADS) Randomized Controlled Trial*. *JAMA*; 292(7): 897-820.
- Masi, G, Liboni F and Brovedani P. *Pharmacotherapy of major depressive disorder in adolescents*. *Expert Opin Pharamcother*; 2010 February; 11 (3) 375-86.
- Rey, J. & Birmaher, B. *Treating Child and Adolescent Depression*. Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, Maryland, 2009.
- Scahill L, Hamrin V, Pachler ME. *The Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Children and Adolescents with Major Depression* *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2005 Apr-Jun; 18(2):86-9.
- Spielmans G., Pasek L. F., McFall J.P. *What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review* *Clin Psychol Rev*. 2007 Jun; 27(5):642-54.
- Weiss, J.R., McCarty, C.A. and Valeri, S.M. (2006) *Effects of Psychotherapy for Depression in Children and Adolescents: a Meta-analysis*. *Psychol Bull*. 132 (1): 132-149.
- Zalsman G, Oquendo MA, Greenhill L, et al *Neurobiology of Depression in Children and Adolescents* *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2006 Oct;15(4):843-68,

Annexe I: Etude de cas

15 avril 2006

MJ est une jeune fille de 16 ans qui se présente à la recherche de conseils sur la contraception. Elle dit avoir été sexuellement active depuis environ un mois ; son petit ami a utilisé un préservatif, mais a suggéré qu'elle prenne la pilule. Ses antécédents médicaux sont sans particularité en dehors de multiples plaintes somatiques (comme des maux d'estomac et des maux de tête) et deux courts épisodes de refus scolaire (en première année et en troisième année). Elle a toujours été une enfant timide et un peu anxieuse, mais reçu le diagnostic de trouble anxieux n'a pas été posé. Vous avez traité avec succès par la fluoxétine un épisode dépressif majeur chez sa mère il y a 11 ans. Son père a eu des difficultés avec un excès d'alcool mais à votre avis sans répondre aux critères d'abus d'alcool ou de dépendance.

Enjeux: Cette adolescente à un risque accru de dépression majeure en raison de l'histoire de TDM chez la mère, de ses symptômes d'anxiété notoires dans l'enfance et, peut-être, de l'histoire paternelle de consommation d'alcool. Même si elle vient vous voir pour demander une contraception, à cause de votre connaissance de son histoire familiale, vous êtes idéalement placé pour l'informer, ainsi que sa famille, de son statut de risque plus élevé (voir le tableau d'identification des risques) et pour proposer des interventions de promotion de la santé comme les activités de bien-être mental qui figurent dans ce programme "Conseils pour l'amélioration de l'humeur". En outre, vous pouvez lui fournir ainsi qu'à sa famille, des informations sur les ressources disponibles et en discuter (voir la section du programme sur le site Internet). Idéalement, ils peuvent vouloir prendre rendez-vous avec vous plus tard afin de préciser ce qu'il faut rechercher pour identifier précocement une dépression et la conduite à tenir s'ils pensent que MJ est déprimée. Vous voudrez peut-être organiser une visite «ma santé en tête» tous les 4 à 6 mois à titre préventif.

Dossier: Juillet 24, 2006

La mère de MJ appelle pour dire que sa fille n'est plus elle-même : elle se morfond dans la maison, elle a perdu l'appétit et semble malheureuse. Elle attribue cela à sa rupture avec son petit ami. Vous vous arrangez pour voir MJ à votre cabinet. Son score au KADS à 6 items est de 8 et son TASR-A n'identifie pas de problème urgent lié au suicide ou à la sécurité. Au cours de la visite MJ vous confie comment elle se sent mal à propos de sa rupture, et parle d'un bref épisode de panique lorsqu'elle a vu son ex-petit ami au centre commercial.

Enjeux: La question est de savoir si MJ est devenu déprimée à ce moment-là ou si sa détresse est en réaction à la rupture de sa relation. Une réponse clinique appropriée est d'initier le calendrier de surveillance diagnostique en utilisant le KADS que l'on trouve dans l'«Approche clinique en soins primaires de l'adolescent suspect de TDM». En même temps, vous pouvez programmer une visite pour fournir une brève intervention psychothérapeutique basée sur le modèle PST et recommander l'application des «Conseils pour l'amélioration de l'humeur». Cela vous permettra de suivre utilement son humeur au fil du temps et d'apprendre à la connaître un peu mieux. Vous établirez ainsi une alliance thérapeutique qui peut être utile à l'avenir. Ce serait également un bon moment pour discuter de la confidentialité avec elle et ses parents : il s'agit de préciser quelles informations seront considérées comme confidentielles et ce qui exigerait la participation des parents. Il serait bon d'organiser une visite une semaine après ce rendez-vous en l'invitant à vous appeler si cela s'aggrave.

Dossier: 4 août 2006

MJ vient pour son rendez-vous de suivi aujourd'hui. Son score au KADS est de 3 et elle attend avec impatience ses vacances en famille au chalet.

Enjeux: Il est clair que ce fut un épisode de détresse et non pas l'apparition d'un trouble. Aucune intervention

supplémentaire n'est nécessaire en dehors de voir avec elle ce qu'elle devrait faire à l'avenir si elle se sent sombrer dans la dépression.

Dossier: Novembre 13, 2007

La mère de MJ appelle, inquiète de ce que sa fille ne va pas bien depuis environ un mois. MJ est partie à l'université et ils pensaient que tout allait bien, mais la semaine dernière son conseiller pédagogique a appelé pour dire que MJ manquait la plupart de ses cours et que l'une de ses amies était venue exprimer son inquiétude parce que MJ restait à l'écart de ses amis et semblait boire dans sa chambre la plupart du temps. Vous organisez un moment pour voir MJ.

Quand vous voyez MJ elle raconte que depuis 6 semaines elle est de plus en plus déprimée, elle a des troubles du sommeil, une perte d'appétit, elle est fatiguée et manque d'intérêt pour les activités scolaires et sociales. Elle a manqué la majorité de ses cours dans les 2 dernières semaines et admet boire "beaucoup de bières" tous les jours : «pour me sentir mieux». Son score au KADS est à 12 et elle remplit de nombreux items du TASR-A (y compris des pensées occasionnelles que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue). Ceci vous préoccupe quant à son bien-être, mais vous ne pensez pas qu'elle est activement suicidaire. En vous guidant sur le TeFA vous montrez qu'elle a développé d'importants problèmes fonctionnels dans de nombreux domaines. Elle n'est pas psychotique et nie toute consommation de drogues. Vous évoquez avec elle vos inquiétudes qu'elle développe une dépression et vous organisez un rendez-vous pour une évaluation plus longue dans les trois jours. Vous insistez pour qu'elle fasse appel si les choses empirent et vous discutez de la situation avec ses parents qui pensent qu'ils peuvent assurer la surveillance nécessaire à la maison. Vous leur fournissez à nouveau des sources d'information (voir les sites proposées dans ce programme) et leur demandez de lire sur la dépression et son traitement.

Enjeux: Il semble que MJ est en train de développer d'un épisode dépressif majeur. Vous avez effectué une évaluation concernant la sécurité et l'orientation d'urgence. Vous avez établi un emploi du temps et avez entrepris une évaluation de la gravité des symptômes et une évaluation fonctionnelle. En outre vous avez créé une relation de collaboration entre MJ, sa mère et vous pour régler ses problèmes. Elles ont convenu de s'instruire sur la dépression ce qui les amènera au prochain rendez-vous avec plus d'informations, des questions à vous poser et peut-être seront-elles prêtes à commencer un traitement.

Votre cabinet ayant accès aux services d'une travailleuse sociale vous discutez avec elle de MJ et vous arrangez pour qu'elle participe à la prochaine consultation.

Dossier: 16 Novembre 2008

Le score de MJ au KADS est aujourd'hui de 14. Elle pense plus fréquemment à la mort, mais n'a pas d'idées suicidaires ou de plan. Le TASR-A est inchangé par rapport à la précédente visite. Compte tenu de l'histoire que vous avez obtenue à ce jour et le score élevé persistant au KADS vous décidez qu'elle a probablement un trouble dépressif majeur et vous lui faite passer un KADS à 11 items pour servir de base d'évaluation des symptômes. Vous discutez des options de traitement possibles ; MJ accepte de suivre un counseling avec la travailleuse sociale et la prescription de fluoxétine sur votre recommandation, parce qu'elle s'est renseignée sur la maladie et son traitement. Elle a des questions sur l'utilisation du médicament (en particulier la possibilité qu'elle puisse devenir dépendante au médicament) et elle est satisfaite de vos réponses. Vous complétez votre évaluation en utilisant la TeFA et la liste simplifiée des effets secondaires. Vous prescrivez la fluoxétine en utilisant le guide «Initier et poursuivre un traitement par la fluoxétine» tel que décrit dans ce programme. Vous passez en revue les délais prévus pour une amélioration et vous prenez des dispositions pour la voir la semaine suivante. Pendant ce temps, en accord avec MJ, la travailleuse sociale utilisera le cadre PST pour commencer le counseling. Vous convenez de la revoir dans un délai d'une semaine et vous lui conseillez de vous appeler ou d'appeler la travailleuse sociale si les choses s'aggravent ou si elle devient suicidaire pendant ce temps.

Enjeux : Bien que vous n'ayez pas suivi exactement la chronologie suggérée des trois tests KADS, votre

modification était raisonnable étant donné les antécédents de MJ et les scores élevés persistants. Votre utilisation du TASR-A vous a donné une vue d'ensemble des facteurs que vous pourriez utiliser pour faire une évaluation raisonnable de son risque suicidaire. De plus, votre préparation de MJ et de ses parents à la possibilité qu'elle développe un épisode dépressif (visite du 15 avril 2006) a fort probablement contribué à son dépistage précoce et donc à votre intervention précoce. Ce fut aussi probablement aidé par le fait que vous aviez établi une relation thérapeutique positive avec MJ et sa mère avant son épisode de dépression : elle était ainsi plus encline à accepter votre aide que si cette relation n'avait pas été en place. L'implication du travailleur social était appropriée, ainsi que votre suggestion que MJ et sa mère se renseignent à nouveau sur la dépression et son traitement avant ce rendez-vous. Il est probablement plus aisé de prescrire une intervention appropriée à un patient et des parents bien informés. Votre évaluation des «effets secondaires» vous donne une bonne base de départ pour surveiller l'apparition possible d'effets indésirables liés au traitement et participe également à l'éducation et à la collaboration aux soins de MJ. L'utilisation par la travailleuse social du PST comme cadre de travail permet une intervention de counseling qui complète le traitement médicamenteux que vous avez prescrit.

Dossier: Novembre 24, 2008

MJ se présente à votre cabinet pour le suivi. Son score au KADS est de 14 et il n'y a pas de différence dans l'évaluation de son risque suicidaire par le TASR-A. Vous passez en revue les effets secondaires et, même si elle s'est plaint de maux de tête, son score est le même que ce qu'il était avant le début du traitement. Vous utilisez le PST pour guider vos discussions avec elle et de ses préoccupations sur les effets secondaires en utilisant les données de la liste de contrôle des effets secondaires. Vous revoyez avec elle la chronologie de l'amélioration des symptômes et vous programmez de la revoir dans une semaine. Elle vous dit la séance de counseling avec le travailleur social a été bénéfique. Vous l'encouragez à utiliser les «Conseils pour l'amélioration de l'humeur» autant que possible et prévoyez la revoir dans une semaine avec la réserve habituelle qu'elle vous appelle si les choses s'aggravent ou si elle devient suicidaire.

Enjeux: L'importance de passer en revue la liste des effets secondaires avant la prescription est illustrée ici. Cela vous a permis ainsi qu'à MJ de déterminer d'un commun accord que ses maux de tête ne sont probablement pas dus au médicament. Ceci favorise l'observance d'un traitement qui peut être utile, mais ne le serait pas s'il était arrêté à ce stade. Il est important de revoir régulièrement la chronologie espérée de l'amélioration car il faut plusieurs semaines pour que les interventions fassent effet. Pendant ce temps, les visites hebdomadaires de MJ et le counseling continu de l'assistante sociale peuvent être guidés par le tableau de «suivi du traitement» inclus dans ce programme. Cela vous permet de suivre ses progrès, non seulement en termes de symptômes, mais aussi en termes de fonctionnement et également de détecter la survenue d'événements potentiels liés au traitement. Essentiellement, pour le praticien de soins primaires, il s'agit d'une période de soutien continu, de disponibilité pour des situations d'urgence, de surveillance appropriée du risque de suicide et d'évaluations planifiées (hebdomadaires). Les adolescents prenant souvent plus de temps que les adultes à commencer la guérison (4 à 6 semaines) et l'amélioration des symptômes pouvant prendre jusqu'à 12 semaines, ce type d'intervention de soutien continu est nécessaire pour maintenir l'observance thérapeutique.

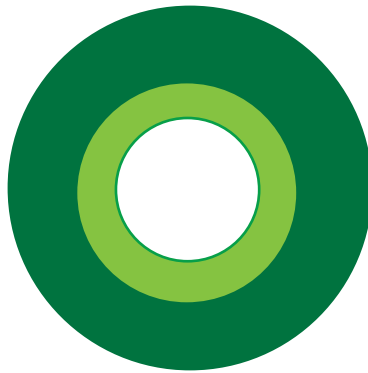
Dossier: janvier 12, 2009

Vous voyez MJ aujourd'hui. Son score au KADS est de 3 et il a été inférieur ou égal à 5 pendant 3 semaines. Elle signale qu'elle peut se concentrer beaucoup mieux et elle est intéressée à revenir à l'école. Elle prend 20 mg/j de fluoxétine et elle le tolère bien. Elle continue à voir l'assistante sociale, mais elle a maintenant décidé d'assister à des séances de counseling toutes les deux semaines au lieu d'une hebdomadaire. Son fonctionnement (que vous avez suivi à l'aide du TeFA) s'est sensiblement amélioré également en dehors du fait qu'elle ne va pas à l'école. Elle veut retourner à l'école et demande votre avis sur la façon de procéder et combien de temps elle devra prendre les médicaments.

Enjeux: La question de la durée du traitement médicamenteux après la guérison ou la rémission est importante. Il y a peu de données de recherche chez les adolescents pour nous guider dans ce domaine. Les meilleures estimations suggèrent une période de 6 à 9 mois avec la même dose pour éviter une rechute. Des études ont démontré que le risque d'un deuxième épisode de dépression dans les cinq ans est de 70%. C'est pourquoi il est

fortement recommandé de poursuivre une prophylaxie médicamenteuse pendant un certain temps. En outre, si une TCC est disponible (dans ce scénario, elle ne l'était pas), il serait utile d'y engager MJ même si elle va bien. Cela lui fournirait une intervention prophylactique supplémentaire contre un nouvel épisode. Cette phase de traitement concerne la prévention d'un autre épisode et la maximisation de la guérison. Il peut être nécessaire que vous interveniez au nom de MJ auprès de l'université ou du collège qu'elle fréquente pour adapter son programme d'études afin de ne pas la surcharger d'un stress supplémentaire à ce moment de vulnérabilité. Lorsqu'elle retourne à l'école, il est important pour elle d'être suivie à l'école (au centre de santé étudiant ou par le service d'orientation de l'école) afin qu'une stratégie de prévention des rechutes puisse être mise en place et soutenue activement. Une fois de plus, des activités favorisant la santé mentale peuvent être utiles et la surveillance de signes précoces de rechute est importante. Vous voudrez peut-être revoir le processus d'apparition du premier épisode pour mieux identifier le processus d'apparition de la dépression et ainsi, aider MJ à mieux l'identifier et à chercher l'aide de professionnels plus rapidement qu'elle ne l'a fait précédemment si les troubles se reproduisaient. Elle déprimait depuis plus d'un mois et n'avait pas cherché d'elle-même des soins lors du premier épisode, en dépit de vos entretiens sur le dépistage précoce.

Certains patients trouvent utile de voir leur fournisseur de soins primaires lors du retour de l'école à la maison (juste pour revoir la prise des médicaments et surveiller de manière proactive leur santé mentale). Si, après 6 à 9 mois de traitement médicamenteux, elle décide d'arrêter, on doit lui conseiller de diminuer très progressivement (sur une période de 6 à 8 semaines) et de ne pas arrêter le traitement pendant une période de grand stress (comme au moment des examens).



Identification, diagnostic et traitement de la dépression chez les adolescents (trouble dépressif majeur)

Un paquet pour le premier fournisseurs de santé Contact

- 1. MDD dans la jeunesse, le tableau d'identification des risques**
- 2. Échelle de dépression pour adolescents de Kutcher (KADS) : comment utiliser le KADS à 6 items**
- 3. Soutien Psychothérapique pour Adolescents (Psychotherapeutic Support for Teens - PST)**
- 4. Conseils pour l'amélioration de l'humeur (Mood Enhancing Prescription - MEP)**
- 5. Évaluation Fonctionnelle pour Adolescent (Teen Functional Assessment - TeFA)**
- 6. Tool for Assessment of Suicide Risk : Adolescent Version (TASR-A)**

© Stan Kutcher & Sonia Chehil 2009

MDD dans la jeunesse, le tableau d'identification des risques

Eh bien établi et important effet des risques	Moins bien établi effet des risques	Possible "groupe" identificateurs (ce ne sont pas de causalité pour le TDM, mais peut identifier des facteurs liés à l'apparition des adolescents MDD)
<ol style="list-style-type: none">1. Antécédents familiaux de MDD2. Antécédents familiaux de suicide3. Antécédents familiaux de maladie mentale (en particulier un trouble de l'humeur, troubles anxieux, toxicomanie)4. Trouble de l'anxiété apparition Enfance	<ol style="list-style-type: none">1. Enfance apparition de déficit d'attention avec hyperactivité2. L'abus de substances3. Grave et persistante des facteurs de stress environnementaux (abus sexuels, violence physique, négligence) dans l'enfance	<ol style="list-style-type: none">1. L'échec scolaire2. Gay, lesbiennes, bisexuelles, transsexuelles3. L'intimidation (la victime et / ou l'auteur)



Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health

Échelle de dépression pour adolescents de Kutcher (KADS) : comment utiliser le KADS à 6 items

Échelle de dépression pour adolescents de Kutcher (KADS) : comment utiliser le KADS à 6 items

Le KADS a été développé pour aider, tant en terme de santé publique qu'en terme de pratique clinique, à identifier les jeunes à risque de dépression.

Il a été conçu par des cliniciens et des chercheurs experts dans le domaine de la dépression des adolescents et dans l'utilisation de différentes échelles et outils en pratique clinique, dans la recherche ou en milieu institutionnel. Le KADS a été évalué sur des échantillons d'étudiants en écoles secondaires, en pratique clinique et lors de projets de recherche clinique.

Il existe trois échelles KADS différentes : Le 6 items, le 11 items, et le 16 items. Le 16 items n'est utilisé que dans le domaine de la recherche et n'est pas disponible sur le site web de Sun Life Financial Chair in Adolescent Mental Health .

Le KADS 11 items a été incorporé au Chehil-Kutcher Youth Depression Diagnosis and Monitoring Tool (outil Chehil-Kutcher de diagnostic et de prise en charge de la dépression chez le jeune). Cet outil est utilisé en pratique clinique par les professionnels de santé qui traitent les jeunes patients souffrant de dépression.

Les chercheurs souhaitant utiliser le KADS peuvent contacter la chaire de Sun Life au (902) 470-6598 ou directement le Dr Kutcher par courriel à skutcher@dal.ca .

Cotation du KADS

Le KADS utilise une échelle de cotation de zéro à trois, «presque jamais» étant noté zéro et «tout le temps» noté trois. Un score de six ou plus est compatible avec le diagnostic de trouble dépressif majeur et doit déclencher une évaluation plus complète de la santé mentale de la jeune personne. Le KADS identifiera également un jeune souffrant d'anxiété certaine comme un trouble panique ou une phobie sociale, mais il n'a pas été validé pour ces sujets spécifiques.

Le KADS peut également être utilisé pour suivre l'évolution des symptômes chez un jeune traité pour dépression. Idéalement il devrait être fait à chaque visite, le score enregistré et surveillé comme preuve d'amélioration.

Le KADS 6 items est destiné à l'utilisation en milieu institutionnel (écoles ou lieux de soins primaires) comme outil de dépistage pour identifier les jeunes gens à risque de dépression. Il peut également être utilisé par des professionnels de soins de santé formés (infirmière de santé publique, médecin de soins primaires) ou par des éducateurs (conseiller d'orientation par ex.) pour évaluer un jeune en détresse ou susceptible d'avoir un problème de santé mentale.

L'outil est une échelle d'auto-évaluation devant être remplie par le jeune, suivant les directives du fournisseur de soins, de l'éducateur ou d'une autre personne responsable. Le jeune doit être informé que cet outil est fait pour aider la personne qui conduit l'évaluation à mieux comprendre les difficultés qu'il pourrait rencontrer et à déterminer s'il pourrait souffrir de l'un des problèmes de santé affective les plus courants chez les adolescents, la dépression. Le jeune doit être informé que quelque soit le problème identifié par l'évaluation (le KADS, plus l'entretien avec l'évaluateur), celle-ci va aider à déterminer les étapes ultérieures.

Le KADS est écrit à un niveau de lecture approximatif de 6ème année, utilisable pour l'évaluation des jeunes âgés de 12 à 22 ans. Concernant la dépression, sa sensibilité est de plus de 90% et sa spécificité de plus de 70%, le plaçant au niveau des meilleurs outils d'auto-évaluation de la dépression disponibles actuellement. Il est également bien plus court et contrairement à d'autres outils disponibles, il est gratuit. Son usage a été recommandé dans de nombreux rapports d'experts tels que le National Institute for Clinical Evaluation (UK) et le GLAD-PC Guidelines (USA et Canada). Le KADS a été traduit dans de nombreuses langues et est utilisé partout.

Le dernier item du KADS est un très bon indicateur du risque suicidaire. Tout jeune ayant un score de un ou plus au dernier item devrait avoir une évaluation plus approfondie du risque de suicide. Nous suggérons d'utiliser le guide d'évaluation du risque de suicide chez l'adolescent : le TASR-A. Une copie du TASR-A est accessible dans la section outils cliniques de notre site web.

Le KADS peut être utilisé par des cliniciens experts (tels qu'une équipe en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent travaillant en sous-spécialité ou en milieu universitaire) sans formation particulière. Pour les autres, une formation à l'utilisation du KADS est conseillée et peut être organisée pour des groupes de 10 personnes ou plus, en prenant contact avec le bureau de la chaire Sun Life. Selon le groupe, l'entraînement au KADS peut durer de une à trois heures.

Permission d'utilisation du KADS

Le KADS est disponible gratuitement mais ne peut être vendu, copié ou distribué sans l'autorisation écrite expresse du Dr Stan Kutcher.

Tout individu ou groupe utilisant le KADS est invité à transmettre en retour ses appréciations sur l'utilisation, les résultats ou la pertinence du test. Les commentaires sont à adresser directement au Dr Stan Kutcher par courriel à skutcher@dal.ca.

Les cliniciens, les éducateurs, les professionnels travaillant auprès des jeunes, et toute autre personne, qui montrent un intérêt pour d'autres programmes de formation se rapportant à la dépression et au risque suicidaire chez les jeunes, peuvent obtenir des informations supplémentaires sur les programmes offerts par la chaire Sun Life, en visitant la section des programmes de formation de notre site web.

Pour plus d'information

Des informations supplémentaires sur le KADS peuvent être trouvées dans les articles et ouvrages suivantes :

Brooks, S. (2004) The Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS). *Child & Adolescent Psychopharmacology News*, 9, 54, 4-6

Brooks, S.J., & Kutcher, S. (2001). Diagnosis and measurement of adolescent depression: A review of commonly utilized instruments. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 11, 341-376.

Brooks, S.J., Krulewicz, S., & Kutcher, S. (2003). The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8-week pediatric pharmacotherapy trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13, 337-349.

Kutcher, S., Chehil, S. (2006) *Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals*. Wiley-Blackwell.

LeBlanc, J.C., Almudevar, A., Brooks, S.J., & Kutcher, S. (2002). Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12, 113-126.

6-ITEM Kutcher Adolescent Depression Scale: KADS-6 (Échelle de dépression pour adolescents Kutcher – 6 items)

NOM : _____

NUMÉRO DU DOSSIER : _____

DATE : _____

ÉVALUATION COMPLÉTÉE PAR : _____

EN GÉNÉRAL, PENDANT LA DERNIÈRE SEMAINE, COMMENT TU T'ES SENTI(E) EN TERME DE :

1. Humeur basse, 'down', déprimé(e), pas envie de prendre la peine.

0-Rarement 1-Souvent 2-La plupart du temps 3-Tout le temps

2. Des sentiments d'être sans valeur, sans espoir, de décevoir, de ne pas être une bonne personne.

0-Rarement 1-Souvent 2-La plupart du temps 3-Tout le temps

3. Se sentir fatigué(e), sans énergie, difficilement motivé(e), doit te pousser pour compléter des activités.

0-Rarement 1-Souvent 2-La plupart du temps 3-Tout le temps

4. Sentir que la vie n'est pas agréable, se sentir en mauvaise santé lorsque tu en as pas l'habitude, ne pas avoir autant de plaisir que d'habitude.

0-Rarement 1-Souvent 2-La plupart du temps 3-Tout le temps

5. Se sentir inquiet(e), nerveux(se), affolé(e), tendu(e), angoissé(e) et anxieu(se)x.

0-Rarement 1-Souvent 2-La plupart du temps 3-Tout le temps

6. Avoir des pensées, des plans ou des gestes suicidaires, ou encore de l'automutilation (se blesser intentionnellement).

0-Rarement 1-Souvent 2-La plupart du temps 3-Tout le temps

SCORE TOTAL : _____

APERÇU

L'échelle de dépression pour adolescents Kutcher à 6 items est une échelle d'auto-évaluation conçue spécifiquement pour diagnostiquer la dépression chez l'adolescent et en mesurer la sévérité. L'échelle comprend deux versions : une de 16 items et une abrégée de 6 items.

NOTATION

SCORE TOTAL INTERPRÉTATION

0 - 5	Probablement pas déprimé(e)
6 et plus	Possibilité de dépression; une évaluation plus exhaustive et nécessaire

RÉFÉRENCES

- LeBland JC, Almudevar A, Brooks SJ Kutcher S: Screening for Adolescent Depression: Comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory, Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 2002 Summer; 12(2):113-26.

La fidélité et la validité des instruments d'auto-évaluation communément utilisés dans l'évaluation de la dépression chez les adolescents sont limitées ou inconnues. Nous décrivons une nouvelle échelle d'auto-évaluation, le Kutcher Adolescent Depression Scale - KADS (Échelle de dépression pour adolescents Kutcher). Cette échelle est conçue spécifiquement pour le diagnostic de la dépression chez l'adolescent et en mesurer la sévérité. Ce rapport compare la validité diagnostique de l'échelle complète Kutcher de 16 items, des versions abrégées de l'échelle Kutcher et l'Inventaire de dépression de Beck (IDB) à la Mini-entrevue neuropsychiatrique internationale pour l'évaluation de la dépression majeure. Quelque 309 des 1 712 étudiants de la 7ième à la 12ième année qui ont complété le IDB avaient des scores de plus de 15. Ceux-ci ont été invités à poursuivre l'évaluation. 161 ont accepté de reprendre le IDB et de compléter les échelles de dépression pour adolescents Kutcher et la Mini-entrevue. Une analyse de la courbe des fonctions d'efficacité du récepteur (FER) a été faite afin d'identifier les items qui caractérisent le mieux les jeunes aux prises avec la dépression majeure. Des analyses FER additionnelles ont établi que, globalement, la capacité diagnostique de l'échelle Kutcher de 6 items est aussi efficace que le IDB, et meilleure que l'échelle Kutcher de 16 items. Lorsque l'échelle Kutcher de 6 items est utilisée avec un score limite de 6, elle atteint un taux de sensibilité et de spécificité de 92% et 71% respectivement – une telle combinaison n'est atteinte par aucun autre outil d'auto-évaluation. L'Échelle Kutcher de 6 items pourrait s'avérer un moyen efficace d'éliminer la possibilité du diagnostic de dépression majeure chez les adolescents.

Soutien Psychothérapique pour Adolescents

Psychotherapeutic Support for Teens (PST)

Conseils pratiques pour les professionnels de santé primaire traitant la dépression chez les adolescents - Relations de soutien

Cet outil donne des conseils aux cliniciens et leur sert de guide pour orienter leurs interactions avec l'adolescent.

Checklist	Type de soutien	Conseils/Suggestions
<input type="checkbox"/>	Approche	<ul style="list-style-type: none">• Soyez amical mais pas ami• Créez un environnement rassurant• Affirmez la confidentialité et ses limites (mise en danger de soi-même ou des autres), et soyez très CLAIR sur ce point.
<input type="checkbox"/>	Soyez présent/concentré	<ul style="list-style-type: none">• Aidez à identifier les problèmes les plus importants au moment présent
<input type="checkbox"/>	Restez centré sur les problèmes	<ul style="list-style-type: none">• Aidez à développer et à appliquer des solutions pratiques aux problèmes présents
<input type="checkbox"/>	Informez	<ul style="list-style-type: none">• Informez sur la dépression et informez sur le traitement (remplissez le KADS et le TeFA)
<input type="checkbox"/>	Soyez disponible	<ul style="list-style-type: none">• Soyez joignables en cas d'urgence, par téléphone, courriel ou SMS durant les heures de bureau.• Programmez des visites face à face brèves à des heures qui n'entrent pas en conflit avec l'école (15 à 20 mn)• Surveillez et soutenez les activités saines (exercice physique, sommeil, alimentation, etc.)• Assurez-vous de l'accessibilité à des soins médicaux en dehors des heures ouvrables en cas d'urgence.

Conseils supplémentaires pour créer un environnement de soutien

Souvenez-vous d'inclure ces lignes directrices dans un comportement de soutien et d'écoute active :

- Attitude empathique et sans jugement, mais soyez vous-même.
- Écoute active : donnez des signes d'écoute attentive : contact visuel, verbal ("hein-hein" "allez-y", "continuez"), et non verbal (hochement de tête).
- Clarification ("aidez-moi à comprendre", "pouvez-vous me dire ce que vous voulez dire par là", etc.)
- Identification de l'émotion ("vous semblez contrarié", etc.)
- Ne croyez pas comprendre le jeune trop rapidement, vous auriez probablement tort.
- Si vous ne savez pas de quoi il parle, posez des questions.
- Si vous ne savez pas répondre à une question, admettez-le et dites-lui comment vous allez vous renseigner.

Souvenez-vous que l'engagement parental ou du responsable est souvent nécessaire pendant l'évaluation et le traitement de la dépression chez un adolescent. Il est important de recueillir de ces personnes des informations sur l'état émotionnel ou fonctionnel du jeune, chaque fois que cela est possible. Il est courant d'avoir des opinions différentes de la part des adolescents et des parents/responsables à propos de l'état mental et des activités du jeune. Lorsque cela arrive, une discussion conjointe du problème doit avoir lieu pour clarification et pour planifier une intervention optimale. Cependant il est essentiel de s'assurer que la confidentialité est respectée au cours de ce processus

La confidentialité est importante mais elle a ses limites. Maltraitance, tentative de suicide, comportement nuisible ou autres doivent être identifiés comme des problèmes qui ne peuvent pas être gardés confidentiels. La consommation de drogue doit être discutée avec le jeune quant à son ampleur et on doit clarifier jusqu'à quel point cet usage devient un problème dont les autres doivent être informés.

Conseils pour l'amélioration de l'humeur Mood Enhancing Prescription (MEP)

Il est utile de fournir au jeune patient un plan simple, élaboré conjointement avec lui (et avec la personne qui en est responsable, selon la situation). Ce plan spécifie clairement les activités autogérées que le jeune devrait suivre durant les phases de diagnostic et de traitement entreprises avec le professionnel de santé. Les «Conseils pour l'amélioration de l'humeur» est un outil utile et rapide d'utilisation que le jeune peut utiliser pour identifier et planifier ses activités quotidiennes. Inclus ci-dessous, il fait aussi partie de la trousse du clinicien. Le clinicien peut passer en revue le MEP avec le patient, remplir les cases et s'y référer lors de la visite suivante.

Conseils pour l'amélioration de l'humeur

Beaucoup de choses peuvent être faites pour améliorer l'humeur. Parfois, l'activité elle-même peut aider à se sentir mieux. Parfois une aide supplémentaire est nécessaire (psychothérapie ou médicaments). Voici des instructions sur ce qu'il est possible de faire pour améliorer son humeur.

Pour chaque activité, écrivez votre plan (ce que vous ferez, avec quelle fréquence, avec qui).

Activité	Plan (quoi, avec quelle fréquence, avec qui)
Activité Physique	
Bien manger	
Bien dormir	
Résolution de problèmes	
Activité sociale	

Recourir à une aide extérieure

Si le jeune a le soutien de membres de sa famille, alors ceux-ci pourront s'engager dans le MEP. D'autres personnes impliquées dans la vie du jeune pourraient également jouer un rôle (enseignant, conseiller scolaire, entraîneur, voisin, etc.). C'est une bonne idée de demander au jeune qui d'autre pourrait l'aider et chaque fois que cela est possible de faire participer la famille. Il faut toujours s'informer des performances scolaires. Beaucoup de jeunes souffrant de troubles dépressifs majeurs peuvent avoir besoin d'une aide éducative supplémentaire ou d'aménagements scolaires. Il est recommandé de s'entretenir avec un conseiller scolaire (avec la permission du patient).

Évaluation Fonctionnelle pour Adolescent

Teen Functional Assessment (TeFA)

Le TeFA est un outil d'auto-évaluation, rempli par le patient. Il ne doit pas prendre plus de trois minutes dans la majorité des cas. Le professionnel de santé peut utiliser les informations fournies par le TeFA pour chercher d'autres informations, notamment dans les domaines que le jeune a identifiés comme pire ou bien pire que d'habitude, et les domaines qui préoccupent le jeune ou ses parents.

Ce document permettra à votre professionnel de santé de savoir comment vous allez. Toutes les informations fournies demeurent confidentielles. Merci de répondre aux questions sur ce document.

Pour chacune des catégories suivantes, répondez dans l'espace fourni par l'une des formules suivantes : bien mieux que d'habitude, mieux que d'habitude, à peu près pareil que d'habitude, pire que d'habitude, bien pire que d'habitude.

Comment les choses ont-elles été au cours de la semaine précédente?

À l'école _____

À la maison _____

Au travail _____

Avec les amis _____

Quelles sont les deux choses qui vous préoccupent le plus dans votre vie ou qui vous causent le plus de problèmes?

1) _____

2) _____

Quelles sont les deux choses vous concernant qui inquiètent vos parents ou d'autres adultes ou qui, d'après vous, pourraient les inquiéter s'ils étaient au courant ?

1) _____

2) _____

Outil d'évaluation du risque suicidaire : version pour l'adolescent **Tool for Assessment of Suicide Risk : Adolescent Version (TASR-A)** **Comment utiliser le TASR - A**

Le TASR-A a été développé pour aider à évaluer cliniquement le risque suicidaire immédiat chez les jeunes gens. Il a été conçu par des cliniciens experts dans l'évaluation du suicide chez les adolescents et dans le développement et l'utilisation de différentes échelles et outils, en pratique clinique, dans la recherche ou en milieu institutionnel. Le TASR-A est dérivé de l'*Outil d'évaluation du risque suicidaire* (Tool for Assessment of Suicide Risk – TASR) qui a été créé pour un usage clinique en salle d'urgences, à l'hôpital, ou pour les patients externes, en vue de l'évaluation du risque immédiat de suicide chez l'adulte. On peut trouver le TASR pour adulte dans le livre : *Suicide Risk Management : A Manual for Health Professionals* (Kutcher and Chehil; Wiley-Blackwell, 2007).

Le TASR fait partie de l'évaluation complète de la santé mentale d'un jeune considéré comme étant à risque suicidaire. Le clinicien conduit son évaluation à sa manière habituelle puis remplit le TASR-A. Si certains aspects du TASR-A n'ont pas été abordés lors de l'entretien, le clinicien doit retourner auprès du patient pour les aborder. La présence ou de l'absence de chacun des facteurs de risque identifiés sur le TASR doit être notée dans la case appropriée. Une fois le TASR-A complété, le clinicien décide du niveau de risque suicidaire immédiat et le note sur la ligne prévue du TASR-A.

Le TASR-A n'est pas un outil de diagnostic, puisque le suicide est un comportement et non un diagnostic médical. Le TASR-A n'est pas non plus un outil de prédiction car aucun outil ne peut prédire un suicide. Le TASR-A est plutôt un

Permission d'utilisation et formation

Le TASR-A peut être utilisé par des cliniciens experts (tels qu'une équipe en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent travaillant en sous-spécialité ou en milieu universitaire) sans formation particulière. Pour les autres, une formation à l'utilisation du TASR-A est conseillée et peut être organisée pour des groupes de 10 personnes ou plus, en prenant contact avec le bureau de la chaire Sun Life. Selon le groupe, l'entraînement au TASR-A peut durer de une à trois heures.

Le TASR-A est disponible gratuitement mais ne peut être vendu, copié ou distribué sans l'autorisation écrite expresse du Dr Stan Kutcher.

modèle semi-structuré que le clinicien peut suivre pour s'assurer qu'il a évalué les facteurs de risque connus les plus courants. L'outil permet également au clinicien d'avoir une vue globale et pratique de l'évaluation de tous les facteurs de risque, ce qui lui permet d'avoir une meilleure appréciation du niveau de risque suicidaire immédiat. De plus, le TASR-A permet de présenter une l'évaluation globale du risque suicidaire faite par le clinicien, qui pourra être utilisée pour le dossier médical ainsi que pour un éventuel usage médico-légal.

Le résultat du KADS à 6 items pour la dépression peut également être inscrit sur le TASR-A. Ceci est important pour plusieurs raisons. 1) le suicide, ou le comportement suicidaire est souvent la porte d'entrée pour une évaluation clinique et la dépression est un facteur de risque de suicide courant chez le jeune. 2) la présence d'un trouble dépressif accroît la probabilité de suicide chez le jeune. 3) il a été démontré que le traitement de la dépression diminue les tentatives de suicide. Le KADS à 6 items est accessible dans la section de notre site web pour les professionnels.

Le KADS à 6 items est fait pour être utilisé en milieu institutionnel (école ou milieu de soins primaires) ou il peut servir d'outil de dépistage des jeunes à risque de dépression. Il peut aussi être utilisé par des professionnels de santé formés (infirmières de santé publique, médecins de santé primaire) ou des éducateurs (conseiller d'orientation) pour les aider à évaluer des jeunes en difficulté ou susceptibles d'avoir un problème de santé mentale.

Tout individu ou groupe utilisant le TASR-A est invité à transmettre en retour ses appréciations sur l'utilisation, les résultats ou la pertinence du test. Les commentaires sont à adresser directement au Dr Stan Kutcher par courriel à skutcher@dal.ca.

Les cliniciens, les éducateurs, les professionnels travaillant auprès des jeunes, et toute autre personne, qui montrent un intérêt pour d'autres programmes de formation se rapportant à la dépression et au risque suicidaire chez les jeunes, peuvent obtenir des informations supplémentaires sur les programmes offerts par la chaire Sun Life, en visitant la section des programmes de formation de notre site web.

Outil pour évaluation du risque suicidaire : version pour l'adolescent
Tool for Assessment of Suicide Risk : Adolescent Version (TASR-A)

Nom : _____

Fiche N° _____

Facteurs individuels de risque	oui	non
Sexe masculin		
Histoire familiale de suicide		
Maladie psychiatrique		
Usage de drogue		
Milieu social défavorisé/environnement défavorable		

Facteurs symptomatiques de risque	oui	non
Symptômes de dépression		
Symptômes psychotiques		
Sentiment de sans espoir/dévalorisation		
Anhédonie		
Colère/impulsivité		

Facteurs de risque tirés de l'entretien	oui	non
Idée suicidaire		
Intention suicidaire		
Plan suicidaire		
Accès à des moyens matériels de passage à l'acte		
Antécédent de comportement suicidaire		
Sentiment d'insolvabilité des problèmes actuels		
Sujet à des hallucinations de commandement (suicide/homicide)		
Usage récent de drogue		

Résultat du KADS à 6 items : _____

Niveau de risque suicidaire immédiat :

Haut _____

Modéré _____

Bas _____

Disposition d'humeur _____

Évaluation remplie par _____ Date _____