

# *LES ENJEUX DE L'ÉVALUATION DIAGNOSTIQUE DU PATIENT ADOLESCENT DÉPRIMÉ ET SUICIDAIRE*

*Dépression et consommation chez les jeunes de 15-30 ans:  
mieux comprendre pour mieux agir*

Johanne Renaud M.D. M.Sc. FRCPC

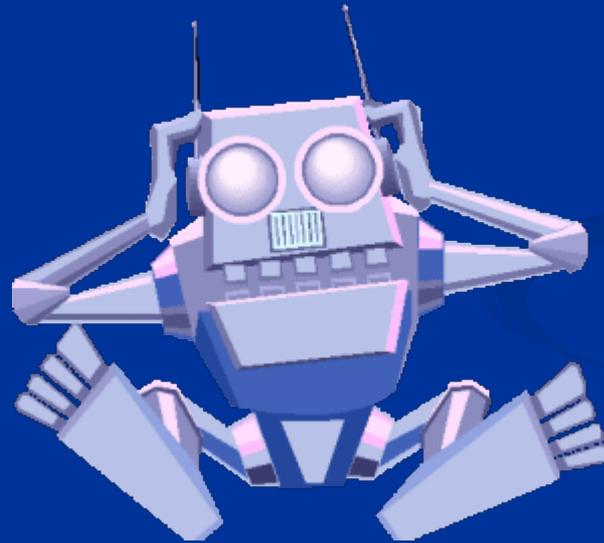
*Centre Standard Life pour les avancées en  
prévention de la dépression et du suicide  
chez les jeunes*

23 mars 2012



# Objectifs

- Se familiariser avec l'évaluation des symptômes au niveau jeunesse et adulte.



# Clarification des termes chez les jeunes

- Usage de substances
- Binges de substances
- Abus de substance
- Dépendance à une substance
- Usage de plusieurs substances
- Abus/dépendance à plusieurs substances

# Clarification des termes en fonction de l'âge

- Sphère amoureuse
- Sphère familiale
- Amis et relations interpersonnelles
- Milieu scolaire/milieu de travail
- Santé physique et mentale

# Spécificité pédopsychiatrique et apport transgénérationnel

- Rôle essentiel de l'environnement
  - Influence d'autant plus importante que l'enfant est plus jeune
  - en particulier des parents, même chez les plus âgés, ou de leur conjoint(e)
- Développement
  - Processus non continu impliquant différents secteurs
  - Notion d'étapes indispensables à la compréhension des symptômes: modalités adaptatives ou rupture pathologique

# Du normal au pathologique

## *Difficultés du diagnostic*

- Le grand dilemme de la psychiatrie:
  - Crainte de la stigmatisation lié au diagnostic
  - Risque de négation du handicap, du déficit ou de la pathologie
- Indications et contre-indications des interventions thérapeutiques
- Place de la prévention

# Dépression: tableau non spécifique

## ■ Normal

- Modalité adaptative à une situation dépassant les capacités de maîtrise de l'enfant
- Signal transmis à l'entourage qui doit pallier temporairement son impuissance

## ■ Pathologique

- En dehors d'un contexte adverse ou disproportion des symptômes
- Absence de réponse aux interventions
- Symptômes spécifiques

# Épidémiologie

- Dépression majeure
  - Enfants 2%; adolescents/adultes 4-8%;  
prévalence à vie: 20%;
- 50% des adultes ont eu leur 1er épisode avant l'âge de 20 ans;
- Dysthymie 2-5% (70% des patients vont faire une dépression majeure);

# Épidémiologie

- Avant la puberté, prévalence légèrement plus élevée chez les garçons; ensuite, plus d'adolescentes que d'adolescents; plus de femmes que d'hommes.

# Épidémiologie

- Mortalité importante
  - En présence de dépression majeure: 6% de décès;
  - Risque de suicide accru de 20 X pour la dépression majeure et de 12 X pour la dysthymie.

# Étiologie de la dépression

- Mécanismes neurobiologiques
- Théories psychologiques
- Théories sociales

# Régulation de la réponse au stress

Hyperactivité de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien (HPA) chez les patients dépressifs et suicidaires

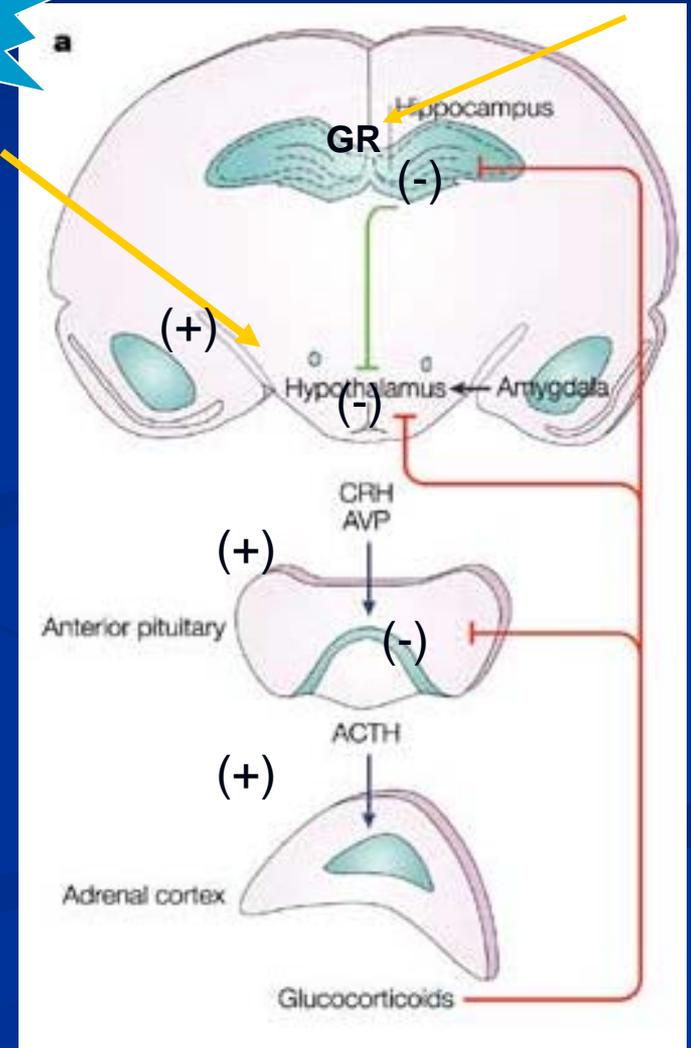
Principal obstacle de la réponse au stress au niveau de l'hippocampe

Problème de la régulation du contrôle négatif (inhibiteur) des glucocorticoïdes

Élévation des niveaux des glucocorticoïdes circulants



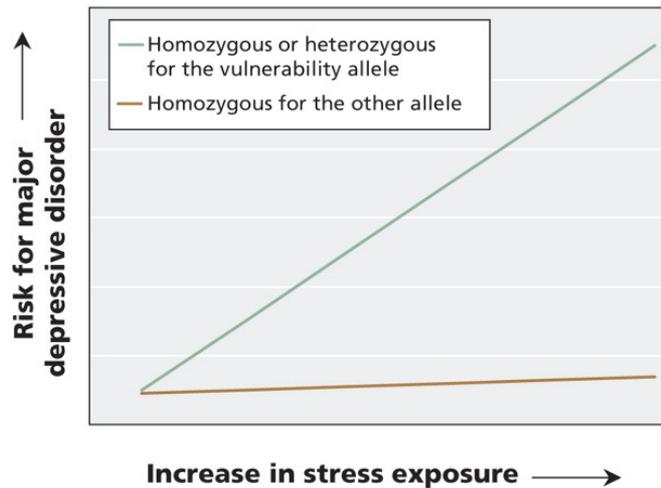
Récepteur des glucocorticoïdes



Cortisol

# Étiologie de la dépression

## Représentation de l'interaction gène-environnement



Examples of genes with polymorphisms that may increase risk for major depressive disorder:

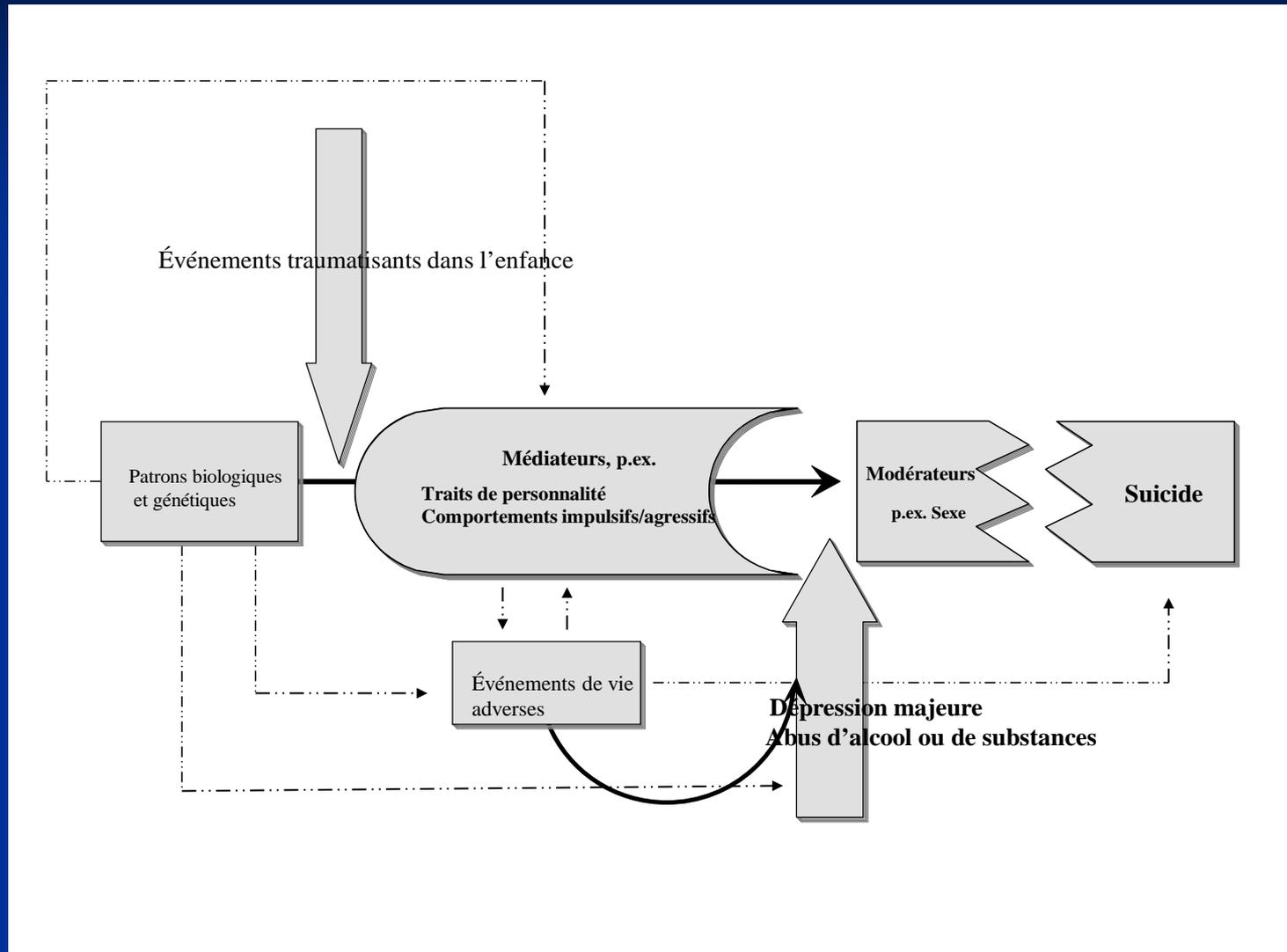
- Serotonin transporter
- Brain-derived neurotrophic factor
- Monoamine oxidase A
- Tryptophan hydroxylase 1
- Corticotropin-releasing factor type 1 receptor
- Dopamine type 2 receptor

Examples of psychosocial stressors that may increase risk for major depressive disorder in people with the vulnerability allele:

- Adversity, maltreatment or abuse in childhood
- Recent life events
- Perceived lack of social support

Rot, M. a. h. et al. CMAJ 2009;180:305-313

# Groupe McGill d'études sur le suicide



# Évaluation de la dépression

- Prendre le temps nécessaire à une évaluation rigoureuse
- Absents ou présents, les parents/membres de la famille, sont toujours là
- L'évolution donne souvent les réponses aux questions

# Évaluation de la dépression

- Histoire développementale: tempérament, anxiété de séparation, cyclothymie, hyperactivité...
- Antécédents familiaux: maladie bipolaire, dépression, suicide, utilisation de substances...
- Rupture du fonctionnement et facteurs déclenchant
- Identification de symptômes psychotiques
- Évaluation rigoureuse du risque suicidaire

# Présentation clinique chez l'enfant

- Retrait, inhibition (perte d'intérêt pour le jeu)
- Difficultés de concentration
- Fléchissement scolaire
- Symptômes physiques
- Idées suicidaires
- Irritabilité ou humeur triste
- Perte de plaisir
- Dévalorisation de soi

# Présentation clinique chez l'adolescent

- Irritabilité, perte d'intérêt
  - Troubles du comportement, fugue
  - Refus d'aller à l'école ou pauvre performance académique
  - Alcool/Drogues, idées suicidaires
  - Isolement
  - Douleurs physiques
  - Symptômes psychotiques
- Souvent cachés

# Présentation clinique chez l'adulte

- Tristesse ou irritabilité
- Troubles de la concentration
- Indécision
- Perte ou augmentation de l'appétit
- Troubles du sommeil
- Idées, plan suicidaire
- Fatigue, perte d'énergie
- Perte d'intérêt
- Culpabilité
- Ralentissement psychomoteur

# Dépression

- Dx : critères DSM-IV valides
- Irritabilité plus qu'humeur dépressive
- Apathie (manque d'énergie) plus qu'anhédonie (perte de plaisir)
- Éliminer trouble de l'adaptation: grande sensibilité des adolescents aux événements externes

# Outils d'évaluation utilisés

- K-SADS-PL (entrevue semi-structurée sur les troubles de l'enfance et de l'adolescence incluant tr. anxieux, de l'humeur, de comportement, substances, alimentaires...)
- SCID II (entrevue structurée traits/troubles de la personnalité)
- Child Behaviour Checklist parents; Youth Self Report adolescent;
- Beck Depression Inventory ado; Child Depression Inventory enfants;
- DEP-ADO selon l'histoire;
- Grille de soutien à l'observation enfants-ado
  - *Principalement l'histoire clinique et l'évolution.*

# Les dépressions

- Cause organique (problèmes physiques ou liés à une substance)
- Trouble transitoire, adaptatif, réactionnel
- Deuil normal et deuil pathologique/traumatique
- Trouble de l'humeur:
  - Épisode de dépression majeure (maladie unipolaire)
  - Épisode de dépression majeure (maladie bipolaire)
  - Épisode mixte (maladie bipolaire)
- Associée à un autre diagnostic santé mentale
  - Autres troubles psychiatriques tels que troubles anxieux

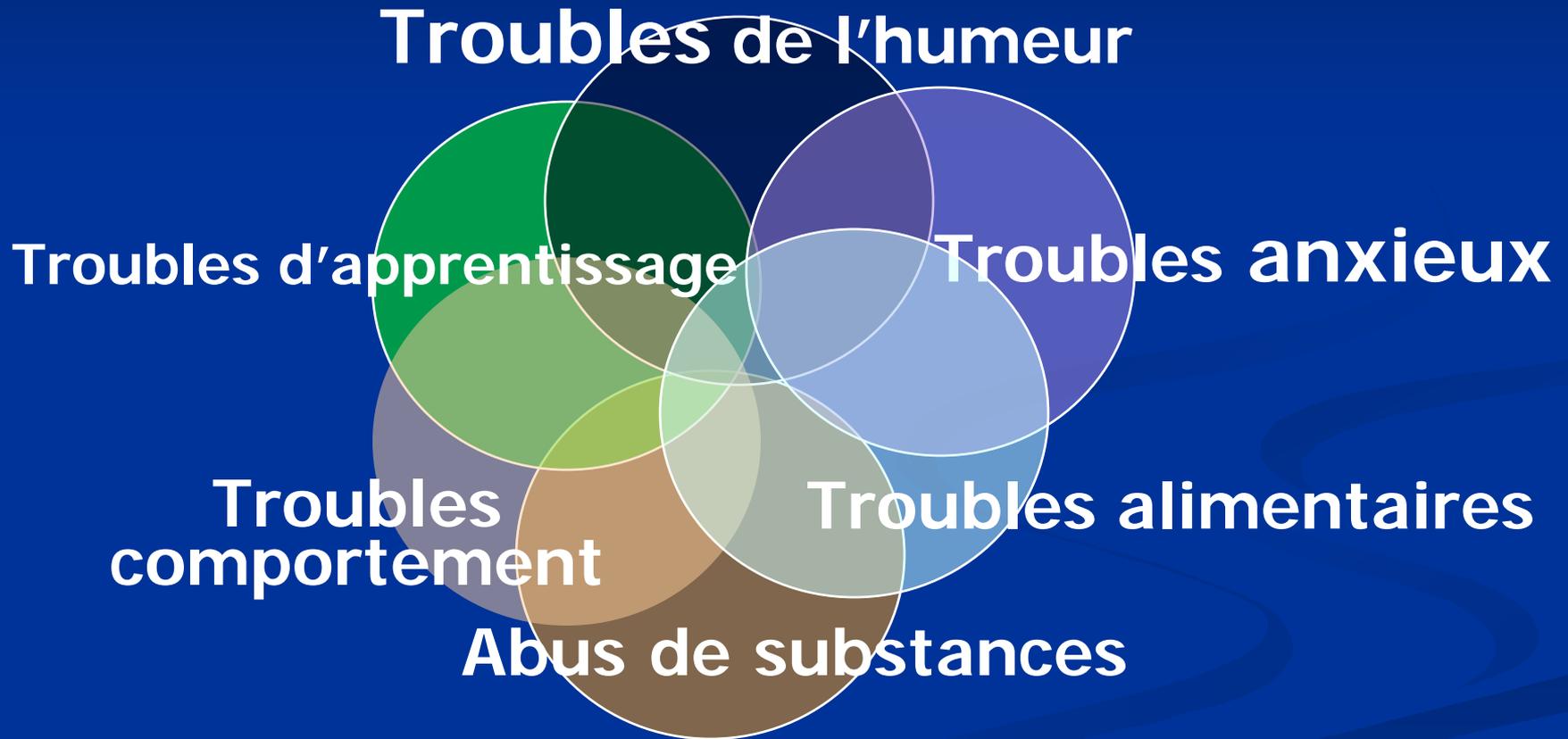
# Diagnostic différentiel de la dépression

- « Crise d'adolescence »
- Modalité adaptative à une situation de stress
- Abus de substances
- Troubles alimentaires
- Fragilité identitaire
- Troubles de la personnalité: dx d'exclusion

# Troubles concomitants à la dépression

- Troubles anxieux (anxiété de séparation, phobie sociale)
- Hyperactivité avec trouble de l'attention, trouble oppositionnel
- Troubles d'apprentissage
- Syndrome de Gilles de la Tourette
- Abus de substances
- Situation d'abus sexuel, physique, violence conjugale
- Maladie physique...

# Troubles concomitants à la dépression



# Fréquence des troubles mentaux en population générale Merikangas et al 2010

- En ordre décroissant de fréquence chez les 13-18 ans: troubles anxieux (31,9%), troubles du comportement (19,1%), troubles de l'humeur (14,3%), trouble d'usage de substances (11,4%)
- 40% des jeunes avaient deux troubles à la fois

# Fréquence des troubles mentaux en population générale Merikangas et al 2010

- Env. 25% troubles sévères au plan du fonctionnement (tr. de l'humeur, tr. anxieux et tr. du comportement)
- **âge moyen d'apparition:**
  - tr. anxieux 6 ans;
  - tr. comportement 11 ans;
  - tr. de l'humeur 13 ans;
  - tr. substances 15 ans.

# Clinique des troubles dépressifs

## Notre expérience...

- **22% des jeunes dépressifs avaient aussi un trouble d'abus d'alcool ou de cannabis et de tabagisme**
- **Aucun ne rapportait avoir débuté avant l'âge de 12 ans**
- **La consommation était partie prenante de la consultation au départ avec les symptômes dépressifs parmi 10% des jeunes référés à notre clinique**
- **On retrouvait des antécédents de toxicomanie:**
  - **15% des pères; 12% des mères; 8% des oncles et 8% des grands-parents**

# Clinique des troubles dépressifs

## Quelques anecdotes...

- **Plus récemment: boissons énergisantes + alcool, ecstasy, cocaïne, sirop codéine, etc.**
- **« C'est normal de prendre du pot »**
- **« Les boissons énergisantes, c'est légal »**
- **L'apparence des pilules: apparence de vitamines...transformers, framboises...**
- **Dépression, dépression bipolaire et substances: pour augmenter l'énergie, diminuer l'énergie, par plaisir)?**
- **Référer pour évaluer sévérité toxicomanie par intervenants spécialisés dans ce domaine**
- **Traiter conjointement ou après la désintox ?**

# Suicide et toxicomanie

- Selon les définitions...ado
  - 17 à 30% d'abus ou dépendance aux substances et suicide chez les adolescents selon les études
- Selon les définitions...adultes
  - 30 à 59% d'abus ou dépendance aux substances et suicide chez les adultes selon les études

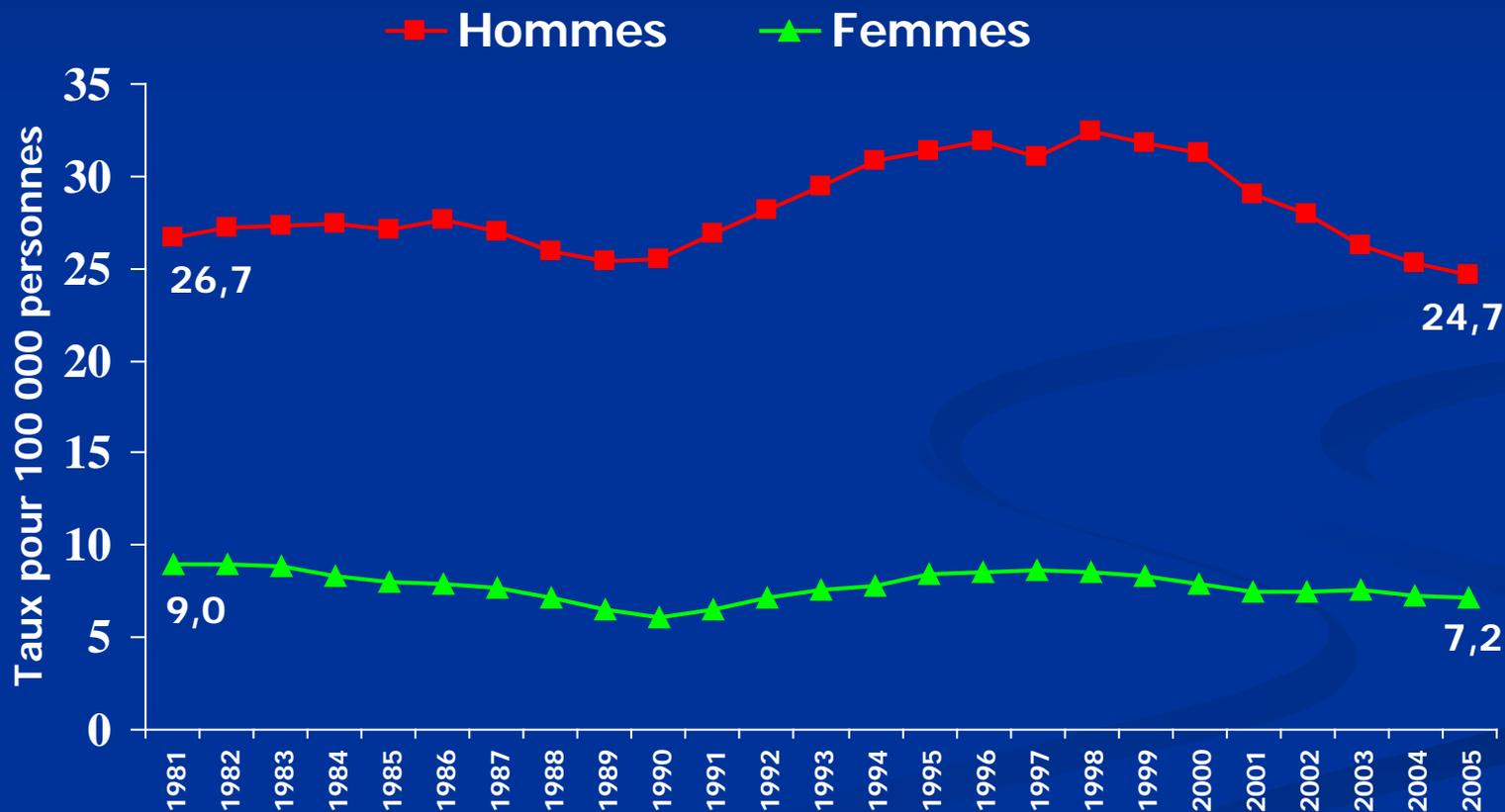
# Causes de décès par groupe d'âge

- **10-14 ans**
  - **Accidents véhicules moteurs**
  - **Pathologies du système nerveux central/tumeurs**
  - **Suicide**
- **15-19 ans**
  - **Accidents véhicules moteurs**
  - **Suicide**
  - **Tumeurs**

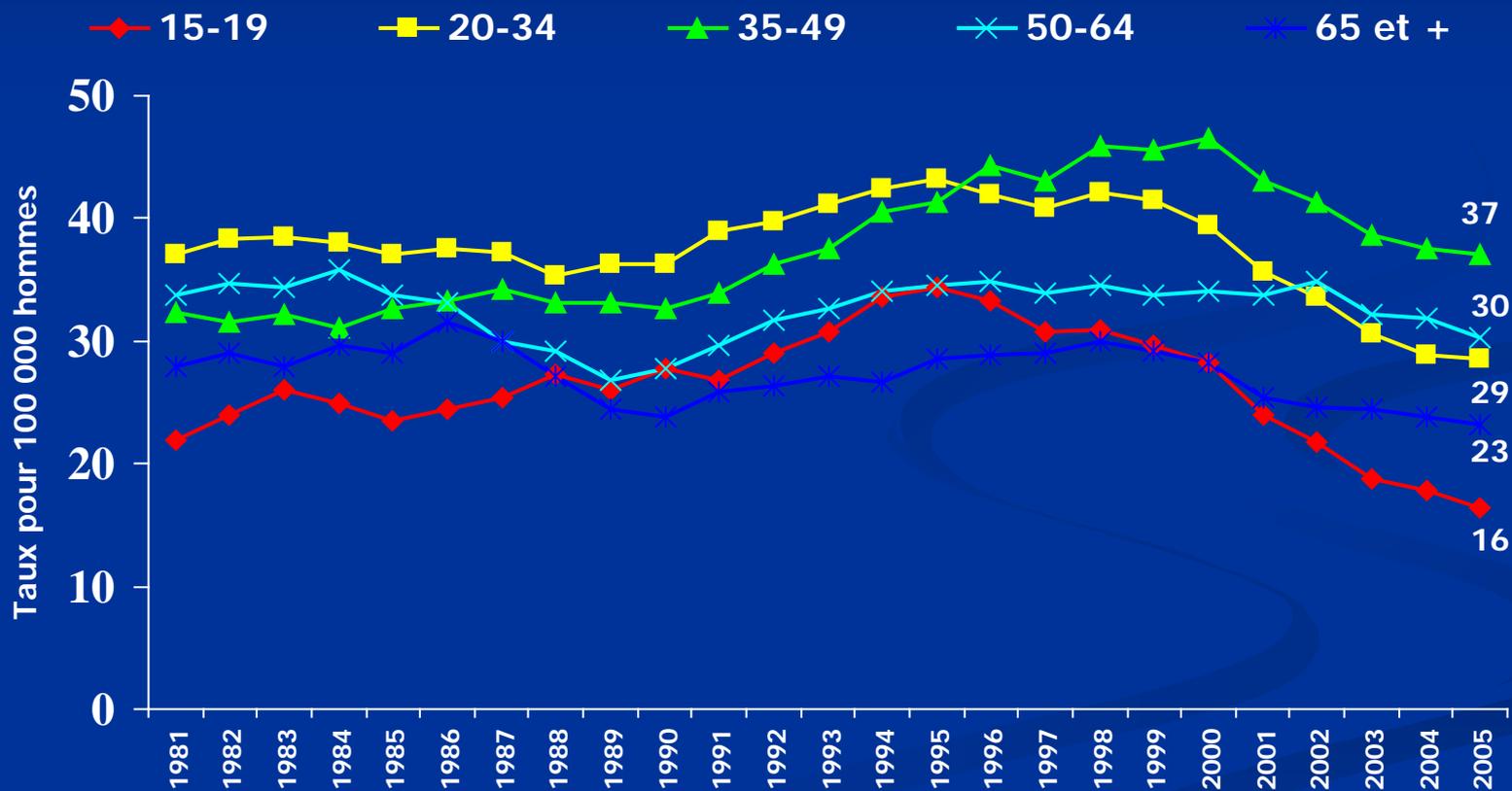
# Causes de décès par groupe d'âge

- 20-24 ans
  - Accidents véhicules moteur
  - Suicide
- 25-29 ans et 30-34 ans
  - Suicide
  - Accidents véhicules moteur
  - Tumeurs

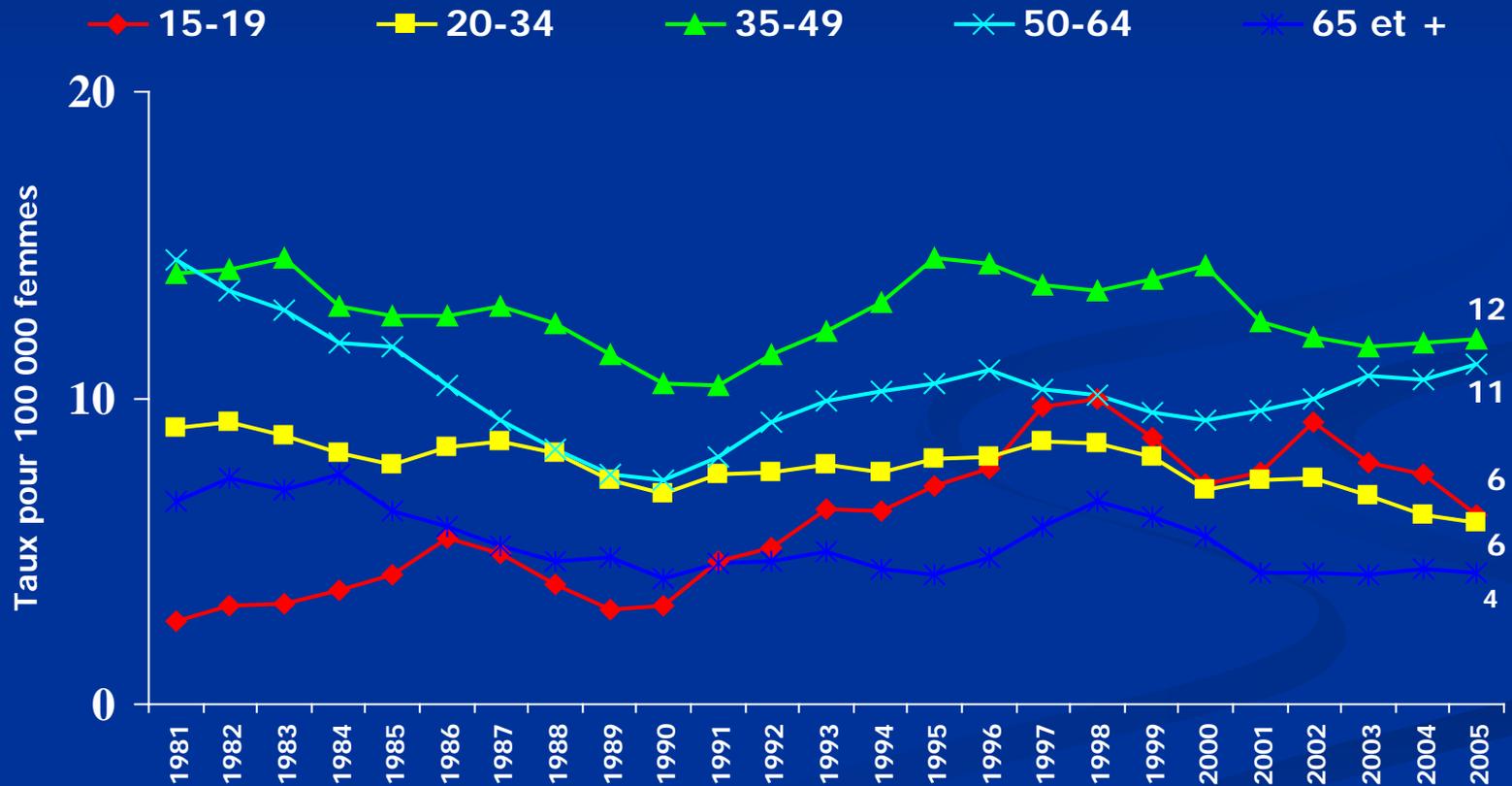
# Taux ajusté de mortalité par suicide selon le sexe, ensemble du Québec, 1981-1983 à 2003-2005



# Taux de mortalité par suicide selon les groupes d'âge, hommes, ensemble du Québec, 1981-1983 à 2003-2005



# Taux de mortalité par suicide selon les groupes d'âge, femmes, ensemble du Québec, 1981-1983 à 2003-2005



# Suicide et toxicomanie 12-25 ans au Québec

- 70% des suicides - troubles de l'humeur;
- 45% des suicides - tr. abus et dépendance substances;
- Suicide, dépression et substances: 27%;
  - Cannabis; alcool; cocaïne; combinaison de plusieurs substances

Séguin, Renaud, Lesage, Robert, Turecki  
*J Psych Research 2011*

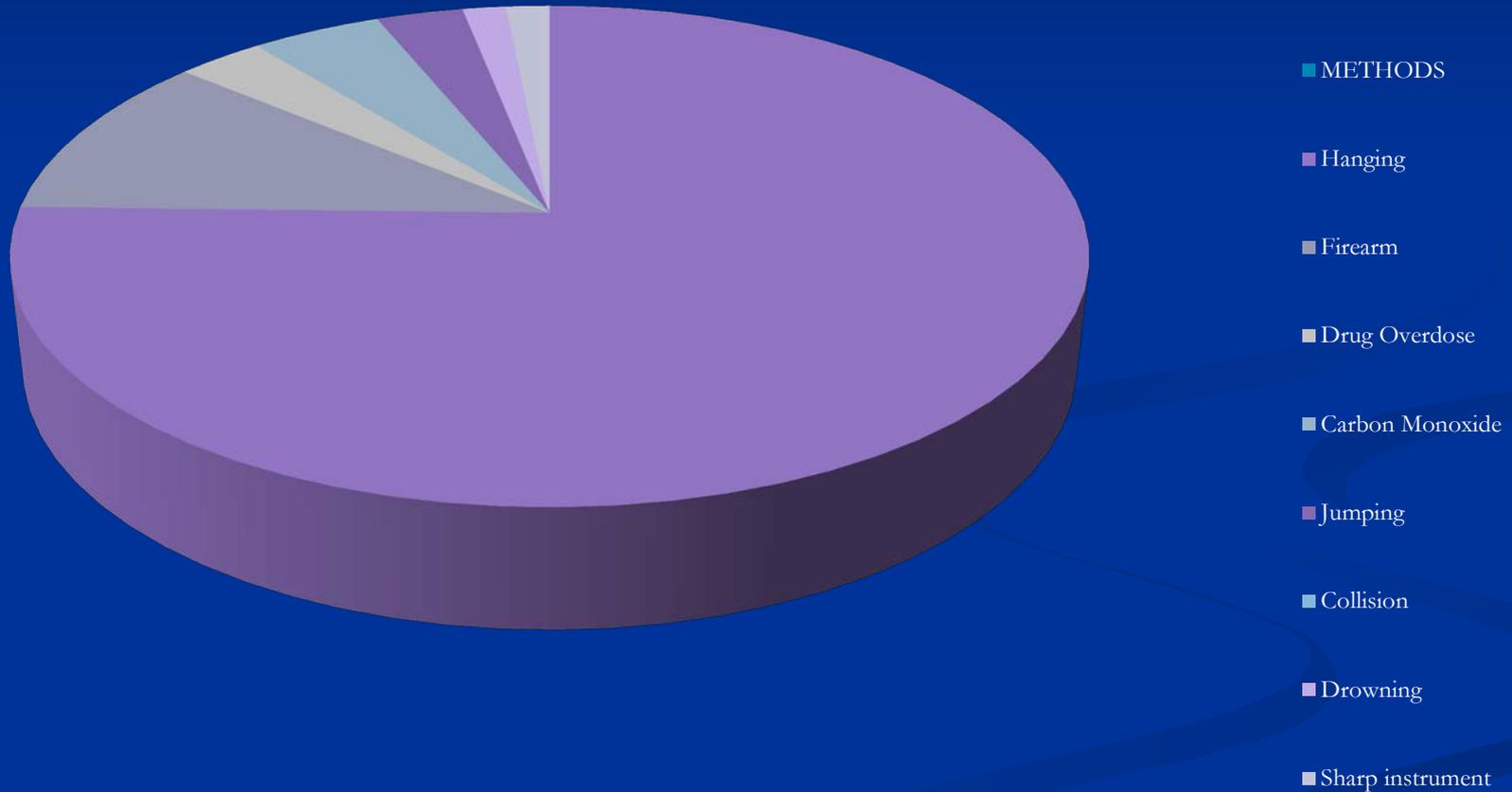
# 12-25 ans décédés par suicide

- **Données provinciales sur 67 jeunes ados et adultes décédés par suicide comparés à 56 jeunes vivants de la communauté en termes d'utilisation de services et de besoins non comblés:**
  - **Quels sont les services donnés?**
  - **Les facteurs de risque de suicide auraient-ils pu être prévenus?**
  - **Peut-on dépasser les situations de cas pour proposer des recommandations systémiques?**

# Méthode

- **Fiche I: services de santé contactés (dernier mois, année et à vie)**
- **Fiche II: Interventions reçues selon le problème et l'acteur (dernière année)**
- **Fiche III: besoins en intervention dans la dernière année**
- **Fiche IV: Identification des besoins au niveau local/régional/provincial qui n'a pas été adressé en fonction de la situation donnée**
- **Fiche V: approximation de la prédiction des facteurs de passage à l'acte de suicide**

# Moyens utilisés pour s'enlever la vie



# Suicide Age Range: 12-25

**Table 1. Number of Persons with an Axis I or II Disorder–Last Year and Prior to Last Year**

N = 123	Suicide Group (n=67)		Control Group (n=56)		OR	CI <sub>95%</sub>	p
	n	%	n	%			
<b>Last 12 months</b>							
Mood disorder	47	70.15	2	3.57	63.450	14.084-285.850	0.000
Substance abuse & dependence disorders	30	44.78	3	5.36	14.324	4.068-50.444	0.000
Anxiety disorder	9	13.43	1	1.79	8.534	1.047-69.601	0.019
Psychosis/Schizophrenia	3	4.48			---	---	0.109
Hypochondria	1	1.49			---	---	0.359
Eating Disorders	3	4.48			---	---	0.109
Tourette's Syndrome			1	1.79	---	---	0.359
Oppositional Behaviors	1	1.49			---	---	0.272
Hyperactivity Attention Deficit Disorder	1	1.49			---	---	0.359
Anxiety of Separation							
Conduct disorders							
Total with only one DX	21	31.34	7	12.50	3.196	1.242-8.224	0.013
Two and more	36	53.73			---	---	0.000

Total with only one DX	15	22.39	4	7.14	3.750	1.166-12.058	0.020
Two and more	39	58.21	4	7.14	18.107	5.867-55.881	0.000
<b>Axis II disorders</b>							
Cluster A	1	1.49			---	---	0.359
Cluster B	16	23.88			---	---	0.000
Cluster C	15	22.39	3	5.36	5.096	1.393-18.649	0.008
Total personality disorder							
<b>Suicide attempts (during lifetime)</b>							
None	44	65.67	56	100.0	---	---	0.000
One	12	17.91			---	---	0.000
Two	6	8.96			---	---	0.022
Three and more	5	7.46			---	---	0.037

Total personality disorders: at least one disorder: n=32 (47.8%)

# Vignette clinique Pierre

- Jeune adulte amené par ses parents à l'urgence pour idées suicidaires, alors qu'il était seul en auto la nuit dernière.

# Vignette clinique Pierre

- En entrant dans le bureau, alors qu'il retire son jacket de cuir, vous remarquez des marques rouges sur son avant-bras.
- Il est poli, coiffé avec les cheveux courts avec du gel, il a l'air fatigué et cerné.
- Il semble malgré tout bien organisé et répond directement aux questions; en fait il veut retourner chez lui se coucher.

# Vignette clinique Pierre

- À l'histoire, il s'agit d'un contexte de fatigue, trouble de concentration et rupture amoureuse récente.
- Son médecin de famille vient de lui prescrire un médicament pour l'attention mais il ne l'a pas encore commencé.

# Échange

- **Qu'aimeriez-vous savoir pour continuer votre questionnaire?**

# Vignette clinique Pierre

- **Au cours de votre entretien, le jeune vous partage une histoire un peu différente de ce qu'il a dit à ses parents.**

# Vignette clinique Pierre

- En fait, plus l'entrevue avance, plus vous réalisez qu'il a fait une tentative de suicide en auto, car l'auto est un peu brisée;
- Mais il veut vous convaincre qu'il a changé d'idée et fait un peu de minimisation.

# Vignette 1 Pierre

- On ne panique pas, on prend une grande respiration!

# Vignette clinique Pierre

- Qu'aimeriez-vous savoir?

# Vignette clinique Pierre

- **Tableau compatible avec:**
  - **Trouble de l'adaptation ou réaction situationnelle?**
  - **Trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention?**
  - **Trouble dépressif?**
  - **Abus de substances?**
  - **Vulnérabilité de la personnalité?**

# Vignette clinique Pierre

- Depuis l'été, sa relation avec sa blonde bat de l'aile, mais il se refuse à considérer la rupture.
- Il se coupe parfois, "ça l'aide à se sentir vivant".
- Il reconnaît qu'il est d'une humeur irritable depuis quelques semaines, et que cela va en empirant.

# Vignette clinique Pierre

- Que feriez-vous?

# Vignette clinique Pierre

- Lui retireriez-vous son permis de conduire?

# Considérations cliniques selon les lieux de pratique

- Centres de prévention, de crise, ressources communautaires
- Écoles primaires, secondaires ou collégiales
- Services des centres jeunesse pour les jeunes sous la LPJ, LSSSS, LSJPA
- Urgences
- CSSS, Cliniques externes
- Unités d'hospitalisation soins aigus
- Centre pour toxicomanie
- Unités de soins prolongés
- Services policiers, institution de type prison

# EXAMEN CLINIQUE

- Examen clinique qui permet de préciser les signes et symptômes (état mental) du jeune et de mettre en évidence un trouble psychiatrique:
  - Agressivité;
  - Violence tournée vers autrui, envers soi;
  - Impulsivité;
  - Désespoir;
  - Perte de plaisir dans la vie;
  - Insomnie importante;
  - Agitation;
  - Anxiété;
  - Attaques de panique.

# Évaluation des antécédents et des forces personnelles et du réseau

- **Évaluation des comportements suicidaires et automutilatoires antérieurs:**
  - Circonstances; intentions; gestes posés;
- **Interventions antérieures au plan psychiatrique, médical, psychosocial**
  - Expériences positives d'alliance thérapeutique versus arrêt de suivi
- **Histoire familiale antérieure psychiatrique, psychosociale, suicidaire**
- **Histoire psychosociale actuelle, crise, circonstances familiales, scolaires/professionnelles et interpersonnelles.**

# Évaluation de la situation actuelle

- Regarder les forces et vulnérabilités du jeune et de sa famille, son tempérament, sa personnalité; capacité de coping.
- Circonstances actuelles des idées suicidaires; du plan suicidaire (Où? Quand? Comment?);
- État mental actuel: Intoxiqué? Délirant? Ruminations obsessives, anxieuses, dépressives? Perte d'espoir?
- Disponibilité des moyens pour se suicider.
- Aucune formule/outil de prédire le passage à l'acte: décider de l'intervention maintenant; quelle est la capacité du jeune de remettre en question ses idées suicidaires du moment qu'il reçoit de l'aide? Mobilisation? Famille? Conjoint/e, amis(es); colocataires

# Grands principes de l'intervention du jeune à risque de suicide

- Établir et maintenir une alliance thérapeutique
- Assurer la sécurité du jeune
- Limiter l'accès aux moyens
- Déterminer le type de lieu d'intervention (treatment setting)
- Développer un plan de traitement
- Coordonner et collaborer aux soins avec les autres cliniciens et intervenants
- Promouvoir l'adhérence au plan de traitement proposé
- Réévaluer le risque suicidaire, les nouveaux stressors
- Monitorer l'état mental et la réponse au traitement
- Intégrer la famille et les proches dans le plan d'intervention et le réseau de services

# Suite

- Bien colliger l'information avec l'équipe, le jeune/l'adulte et les parents/proches, incluant les facteurs de maintien du symptôme
- Travailler avec la première ligne psychosociale et médicale, diagnostic différentiel, plan d'intervention conjoint
- Travailler avec l'école, milieu de travail, intervenants et professeurs- tenir compte des pairs
- Au besoin, selon la complexité des situations, valider ou demander en référence l'équipe de psychiatrie; parfois le centre de jour ou l'hospitalisation pédopsychiatrique ou psychiatrique adulte.

# Conclusion

- Approches psycho-éducatives pour patient et parents/famille
  - Hygiène de vie, sommeil, alimentation, consommation de substances
- Psychothérapie (cognitivo-comportementale, interpersonnelle, psychodynamique, familiale, etc.)
- Pharmacothérapie
- Jusqu'à 6-12 mois de traitement après la rémission
  - Approches combinées sont le mieux!

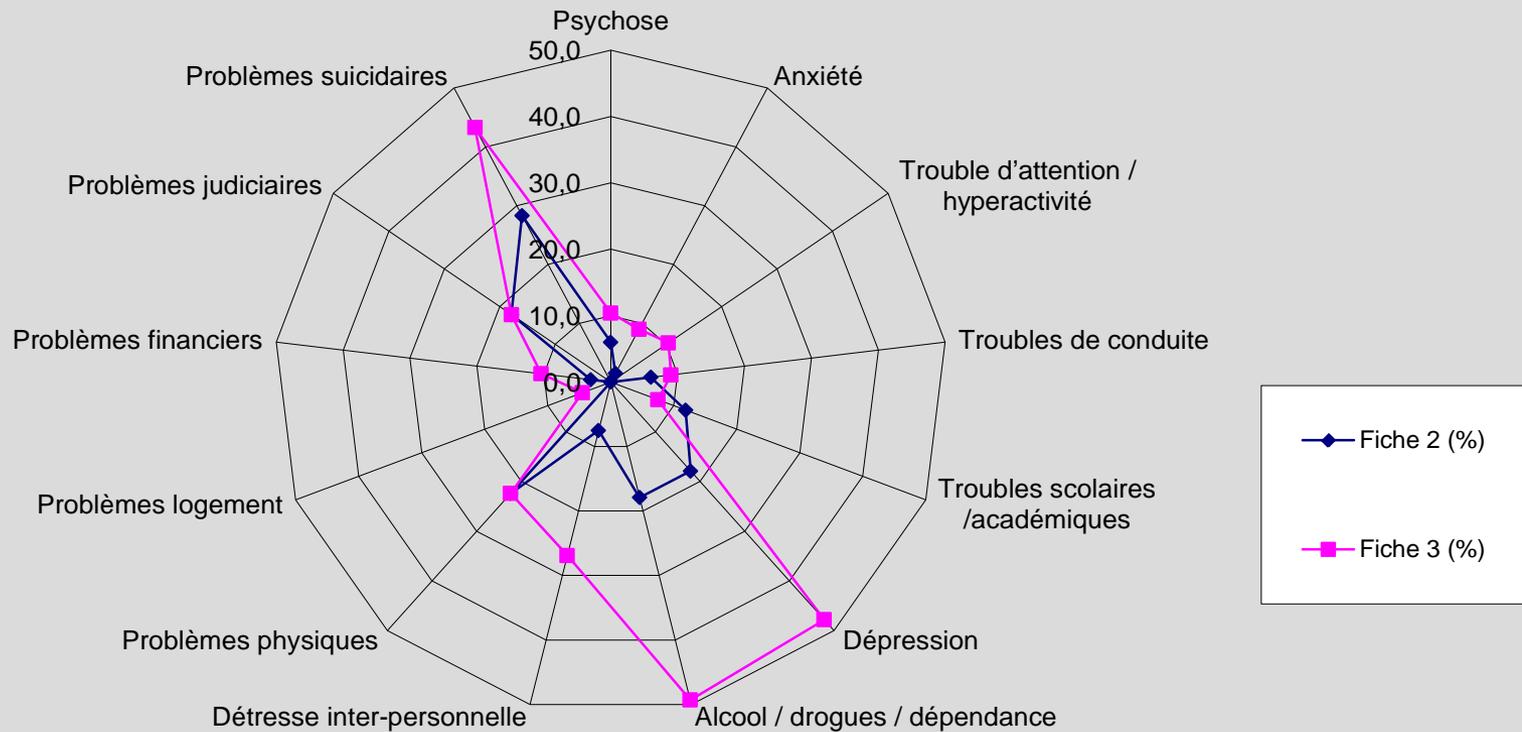
# Conclusion

- Plusieurs types de réactions, plusieurs types de dépressions
- Tenir compte des troubles concomitants
  - Abus de drogues/alcool
  - Troubles de la personnalité
- Prendre cette condition au sérieux étant donné les risques de chronicité et de mortalité
- Clarifier les problèmes et expliquer l'évolution, travail de liaison
  - observance aux divers traitements proposés
  - écueils potentiels rencontrés
  - intervention systémique ou familiale

## 12-25 ans décédés par suicide

- Nous avons étudié 67 trajectoires de services chez les décédés par suicide versus 56 trajectoires de services chez les témoins:
  - Taux de psychopathologie anticipés tels que les troubles de l'humeur (70.2%), abus ou dépendance substances (44.8%) et troubles de la personnalité (47.8%) parmi les décédés par suicide.

## Sommaire des interventions reçues (Fiche 2) et des interventions requises (Fiche 3) en fonction du problème (n= 67, suicides)



Besoins	Responsabilité	Total n=67/56	Objet	Acteurs cibles
Promotion, Formation	Direction de la santé au niveau provincial/ Ordres professionnels	52% (n=35) vs. 7,4% (n=5)	1-Importance pour le public, familles de consulter pour abus substances /co-morbidité psychiat. 2- Formation en crises suicidaires intervention psychosociales et serv. communauté 3- Formation des médecins sur détection abus de substance	Tous (public, familles, patients, services de santé et services sociaux de première ligne et spécialisés, de la justice et de l'éducation)
Traitement	Provincial et régional	1,5% (n=1) 1,5% (n=1)	Liste d'attente	Services de santé et de services sociaux
Financement	Provincial et régional	1,5% (n=1) 0 %	Conseillers scolaires et psychologues	Services scolaires
Coordination/ Continuité	Régional et entre les programmes	58% (n=39) 0%	Application protocole Follow-up/Tx Development and application ;Case-management	Services de santé mentale spécialisés, toxicomanie, centres jeunesse, policiers, médecins généralistes, scolaires, psychosocial et urgence
Gouvernance	Département provinciaux de la santé et des services sociaux; justice	25,4% (n=17) 1, 5% (n=1)	Dévelop. protocol Implantation chaque région (outreach)	Toxicomanie spécial. Santé mentale, justice, Médecins , psychosocial et école, urgence

# Approximation de la prédiction des facteurs de risque de passage à l'acte de suicide

- Cote de 1 : n=3 (4.5%)
  - Complètement imprévisible
- Cote de 2 : n=16 (23.9%)
  - Suicide pour lequel il n'existait aucun moyen raisonnable de contrer les facteurs de risque

# Approximation de la prédiction des facteurs de risque de passage à l'acte de suicide

- Cote de 3 : n=25 (37.5%)
  - Aurait pu être prévenu avec un accroissement des mesures déjà entreprises, le besoin était difficile à anticiper
- Cote de 4 : n=22 (32.8%)
  - suicide possiblement prévenable si des mesures avaient été entreprises étant donné le risque possible
- Cote de 5 : n=1 (1.5%)
  - suicide qui aurait pu être prévenu parce que des interventions potentiellement efficaces, si mises en place adéquatement, auraient pu contrer les conditions prédisposantes

# Conclusion

- Besoins en termes de promotion et de formation en santé mentale/toxicomanie
  - Campagnes pour le grand public et les familles sont nécessaires en termes de détection des signes précoces de dépression et abus de substances (alcool et drogues) et mécanismes de consultation;
  - Formation des intervenants de la première ligne médicale et psychosociale, pour mieux identifier les crises suicidaires et l'abus de substances
- Besoins en termes de coordination et de continuité de soins incuant des protocoles de suivi intensif, entre les intervenants en santé mentale, en toxicomanie, en milieu scolaire et milieu de travail et les salles d'urgence
  - Besoins spécialisés pour de l'intervention adaptée et de la psychothérapie pour les patients difficiles à engager dans les services, parfois non volontaires
- De meilleures intervention pourraient avoir prévenu des décès chez environ 33% des décédés par suicide dans cette étude

# Conclusion

- Besoins en termes de promotion et de formation en santé mentale/toxicomanie
  - Campagnes pour le grand public et les familles sont nécessaires en termes de détection des signes précoces de dépression et abus de substances (alcool et drogues) et mécanismes de consultation;
  - Formation des intervenants de la première ligne médicale et psychosociale, pour mieux identifier les crises suicidaires et l'abus de substances
- **Besoins en termes de coordination et de continuité de soins incuant des protocoles de suivi intensif, entre les intervenants en santé mentale, en toxicomanie, en milieu scolaire et milieu de travail et les salles d'urgence**
  - **Besoins spécialisés pour de l'intervention adaptée et de la psychothérapie pour les patients difficiles à engager dans les services, parfois non volontaires**
- De meilleures intervention pourraient avoir prévenu des décès chez environ 33% des décédés par suicide dans cette étude

# Conclusion

Merci!

Centre Standard Life pour les avancées en prévention de la  
dépression et du suicide chez les jeunes

IRSC

Équipe clinique

Réseau de recherche sur le suicide-FRSQ

Partenaires du réseau de soins

Services des communications

Organisateurs de la journée et aux participants

Familles participant aux projets de recherche

