

# Dépression de l'enfant et de l'adolescent

## *Depression in childhood and adolescence*

**M. Al Husni Al Keilani et V. Delvenne**

Service de Pédopsychiatrie, H.U.D.E.R.F., ULB

### RESUME

*La dépression de l'enfant et de l'adolescent est souvent méconnue en raison de sa présentation clinique variée et hétérogène qui rend le diagnostic complexe. En effet, elle se différencie de celle de l'adulte de par certains aspects dont le vécu dépressif qui est souvent absent. Elle est un facteur de risque majeur de suicide, de décrochage scolaire et d'isolement social. Nous allons dégager les signes cliniques spécifiques qui permettront de poser un diagnostic chez l'enfant et l'adolescent et de dégager des pistes thérapeutiques. D'autre part, nous essaierons de mettre en évidence les facteurs de risques de dépression.*

*Rev Med Brux 2017 ; 38 : 209-13*

### ABSTRACT

*Child and adolescent depression is often unknown due to its varied and heterogeneous clinical presentation that makes the diagnosis complex. Indeed, it differs from adult depression by some aspects as the absence of depressive experience. It is a major risk factor for suicide, dropping out of school and social isolation. We will identify the specific clinical signs to make a diagnosis in children and adolescents and to identify therapeutic approaches. On the other hand, we will try to highlight the risk factors of depression.*

*Rev Med Brux 2017 ; 38 : 209-13*

*Key words : unipolar depression, depression disorder, adolescence, childhood, risk factor*

### INTRODUCTION

La dépression de l'enfant et de l'adolescent est souvent sous-diagnostiquée en raison de sa présentation clinique variée et hétérogène qui rend le diagnostic complexe. Le polymorphisme de la symptomatologie la rend différente de celle de l'adulte à bien des égards<sup>1,2</sup>.

Aujourd'hui, l'existence de la dépression chez l'enfant et l'adolescent est irréfutable.

La prévalence des troubles dépressifs chez l'enfant est basse (< 1 % dans la plupart des études)<sup>3</sup>, sans différence entre les filles et les garçons, et augmente à partir de la puberté pour atteindre 4 à 5 % à l'adolescence avec une prédominance chez les filles (sexe ratio 2/1)<sup>4,5</sup>.

La dépression est un facteur de risque majeur de suicide<sup>6</sup>, a un impact sur l'éducation, les interactions sociales<sup>7,8</sup> et augmente le risque de consommation de tabac et d'autres drogues ainsi que le risque de présenter de l'obésité<sup>9,10</sup>.

L'expression clinique de la dépression varie en fonction de l'âge mais aussi du niveau de maturation affective et cognitive. L'affect central reste la tristesse, mais celle-ci est souvent masquée par d'autres symptômes voire niée par les adolescents<sup>1,2</sup>.

Il est important de rappeler qu'il existe une certaine dépressivité d'origine développementale qui a une fonction organisatrice dans le développement de l'enfant et de l'adolescent, à différencier de la dépression franche ou épisode dépressif majeur. Par ailleurs, les accès de tristesse rythment l'enfance et l'adolescence en fonction des événements de vie sont des états affectifs normaux<sup>1,2,11</sup>.

Nous proposons de mettre en évidence les critères cliniques qui permettent la mise en évidence de la dépression chez l'enfant et l'adolescent, ainsi que de dégager les facteurs de risques et les pistes de prévention de celles-ci. Nous évoquerons également les éléments pertinents permettant une prise en charge thérapeutique adéquate.

## LA DEPRESSION CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

Avant de décrire les spécificités de la clinique de la dépression d'abord chez l'enfant et ensuite chez l'adolescent, il est important de rappeler que les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur chez l'enfant et l'adolescent dans la littérature internationale sont les mêmes que ceux utilisés chez l'adulte. Le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* fait une seule différence chez l'enfant et l'adolescent, à savoir que l'irritabilité de l'humeur prend souvent la place de l'humeur dépressive et fait partie des critères diagnostiques principaux<sup>12</sup>.

Il faudra donc toujours les rechercher car ils permettent d'aider à déterminer la gravité et la sévérité des symptômes, d'autant plus que la présentation clinique peut les masquer.

Les critères diagnostiques du DSM-5 sont détaillés dans le tableau 1.

**Tableau 1 : Critères DSM 5 : Episode dépressif majeur.**

Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

Remarque : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement attribuables à une autre condition médicale.

1. Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (p. ex., se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (p. ex., pleure). (Remarque : chez les enfants et les adolescents, peut être une humeur irritable)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres)
3. Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (p. ex., changement de poids excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (Remarque : chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade)
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres)
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

## LA DEPRESSION CHEZ L'ENFANT

L'épisode dépressif chez l'enfant survient souvent suite à un événement de vie comme la séparation des parents, un décès dans la famille, un déménagement, la mort d'un animal de compagnie, l'éloignement d'un camarade...

Sur le plan sémiologique, l'apparition de la dépression est souvent masquée. De manière classique, les enfants présentent de l'ennui, de la tristesse et de la douleur morale, mais peuvent également présenter des attitudes de retrait ou des troubles du comportement (agitation, instabilité, agressivité, excitation d'allure euphorique) qui sont autant de manières de lutter contre les affects dépressifs.

Dans le tableau 2, nous résumons les différents aspects cliniques de la dépression chez l'enfant<sup>1,13</sup>.

**Tableau 2 : Symptômes de dépression chez l'enfant.**

- Inhibition
  - Gestuelle et/ou comportementale : lassitude, pauvreté de l'expression, indifférence
  - Intellectuelle et verbale : problèmes d'attention, de concentration, de mémoire, d'apprentissage
  - Les facultés intellectuelles sont souvent conservées
- Echec scolaire
  - Souvent dans un contexte d'inhibition
  - Parfois associé à une phobie scolaire
  - Augmente le sentiment d'incapacité de l'enfant
- Investissement du jeu diminué
- Faible estime de soi
  - Sentiment de ne pas être aimé par ses camarades ou ses parents
  - Sentiment d'incompétence
- Attitudes de retrait, désintérêt, passivité
  - Sentiment de rejet, d'isolement
  - Avidité affective alternant avec des moments de retrait relationnel
- Accidents et blessures
  - Chutes, coups, accidents, ingestions de produits toxiques
  - Absence de notion de danger, recherche de situations dangereuses
- Troubles du sommeil
  - Troubles de l'endormissement
  - Réveils nocturnes
  - Opposition au coucher
- Troubles somatiques
  - Anorexie ou boulimie
  - Énurésie, encoprésie
  - Céphalées, douleurs abdominales
- Symptômes anxieux
  - Peur qu'il leur arrive quelque chose
  - Peur de perdre ses parents, qu'il leur arrive quelque chose
- Syndrome dépressif franc (cf. critère DSM-5)

Bien évidemment, chacun de ces signes pris isolément n'est pas nécessairement significatif de l'épisode dépressif, mais leur conjonction (cinq à six de ces symptômes), leur permanence dans le temps et la modification comportementale nette qu'ils induisent par rapport au comportement antérieur sont très caractéristiques.

La présentation clinique de la dépression chez l'enfant varie également en fonction des bases psychopathologiques. Nous distinguerons la dépression précoce associée à des situations de carence affectives de la dépression psychotique<sup>1</sup>.

La dépression précoce sévère associée à des carences affectives chez le bébé et jeune enfant se caractérise par une attitude de retrait, de l'indifférence et un retard de développement.

Chez l'enfant plus grand, nous observons une symptomatologie chronique décrite dans le tableau 3<sup>1</sup>.

**Tableau 3 : Symptômes chroniques de dépression.**

- Avidité relationnelle vis-à-vis des adultes associée à une crainte d'engagement affectif par peur des frustrations ou de la perte éventuelle de cette relation en lien avec des ruptures relationnelles traumatiques répétées dans le passé
- Préoccupations anxieuses en lien avec la peur d'une rupture relationnelle et du risque de solitude
- Sentiment de non-valeur de soi
- Préoccupations morbides
- Comportements autodestructeurs
- Intolérance à la frustration.

Nous pouvons rarement observer des éléments psychotiques dans les dépressions sévères de l'enfant et ceux-ci signeront souvent l'entrée dans un trouble bipolaire. La symptomatologie (tableau 4) est triple avec un versant dépressif, un versant hypomaniaque et un versant psychotique<sup>1</sup>.

**Tableau 4 : Aspects cliniques de la dépression psychotique**

Syndrome dépressif :

- Tristesse, ennui, sentiment de vide
- Labilité de l'humeur
- Préoccupations concernant la mort, les séparations
- Conduite auto-agressives
- Sentiment d'impuissance
- Diminution ces capacité intellectuelles en lien avec l'inhibition, le ralentissement psychomoteur, les difficultés de concentration, les troubles de l'orientation spatio-temporelle
- Echec scolaire
- Plaintes somatiques

Syndrome hypomaniaque :

- Agitation
- Exubérance
- Familiarité excessive
- Lutte contre les symptômes anxiodépressifs

Syndrome psychotique :

- Contact fragile
- Avidité relationnelle alternant avec des attitudes de rejet de l'autre
- Angoisses archaïques
- Manifestations phobiques
- Fantasmes imaginaires envahissants
- Pulsions agressives.

Le suicide est rare avant la puberté : 2 % des enfants entre 11 et 12 ont fait une tentative de suicide et 6 % présentent des idées suicidaires. Les passages à l'acte suicidaire prennent souvent la forme d'un accident ou d'une conduite à risque<sup>1</sup>.

## DEPRESSION CHEZ L'ADOLESCENT

Chez l'adolescent, la présentation clinique de la dépression se rapproche de celle de l'adulte<sup>3,7</sup>.

Les symptômes classiques d'un épisode dépressif majeur sont le ralentissement idéo-moteur, la tristesse de l'humeur, la chute des résultats scolaires ou le désinvestissement scolaire, de l'autodépréciation avec une perte d'estime de soi et un sentiment de culpabilité, des préoccupations suicidaires, des troubles de l'appétit (anorexie ou hyperphagie avec perte de poids) et des troubles du sommeil (difficultés

d'endormissement, réveils précoces ou hypersomnie)<sup>2</sup>. Chacun de ces symptômes pris isolément ne justifie pas un épisode dépressif majeur, mais la conjonction de plusieurs symptômes signe une dépression.

Nous voyons dès lors que les critères diagnostics du DSM-5 sont transposables à la clinique de l'adolescent.

Le diagnostic de dépression est posé relativement rarement en raison de la prépondérance de l'irritabilité de l'humeur et de la fluctuation des symptômes que l'on observe chez les adolescents<sup>3,14</sup>.

D'autre part, la dépression est souvent méconnue par l'entourage familial et l'adolescent lui-même. Il est en effet difficile pour l'adolescent de reconnaître et d'exprimer ses affects.

De plus, les affects dépressifs sont fréquents à l'adolescence et ce du fait des modifications hormonales et corporelles, familiales, sociales ainsi que neurocognitives.

La dépressivité à l'adolescence peut être décrite comme telle : une humeur dépressive (regard dévalorisant sur soi-même, sautes d'humeur intermittentes), de l'ennui (monotonie, manque d'intérêt, fatigue) et de la morosité<sup>11</sup>.

Elle est à différencier de la dépression par l'absence de sentiment de culpabilité, l'absence d'inhibition, l'absence de perte d'espoir, le maintien des activités de loisirs et une réactivité préservée<sup>2</sup>.

Comme chez l'enfant, le tableau clinique de la dépression peut prendre des allures différentes en fonction de l'histoire développementale et des antécédents psychopathologiques. Nous différencierons les dépressions masquées, les dépressions mélancoliques et les dépressions chez des adolescents présentant une pathologie limite.

Jeammet distingue 3 grandes catégories<sup>2</sup> : les préoccupations corporelles (asthénie, douleurs somatiques, accès hypochondriaque, dysmorphophobies), les troubles du comportement (fugues, vols, conduites hétéro-agressives, abus de substance) et les attitudes d'inhibition (intellectuelle avec diminution du rendement scolaire et de contact avec repli sur soi et retrait).

La dépression mélancolique est caractérisée par l'alternance d'épisodes dépressifs majeurs et d'épisodes maniaques. Sa prévalence est de 1 %. Les comorbidités sont fréquentes : anxiété, phobies, troubles du comportement, affections somatiques.

Elle est souvent difficile à diagnostiquer lors d'un premier épisode. Le trouble bipolaire peut débuter à l'adolescence et débute souvent par un épisode dépressif majeur. Certains symptômes peu classiques, mais aussi peu spécifiques, peuvent nous aider à

orienter le diagnostic comme une grande impulsivité, l'intensité du syndrome dépressif, la présence d'idées suicidaires, un sentiment de culpabilité intense, des idées délirantes congruentes à l'humeur et des hallucinations. Certains s'appuient également sur la présence d'antécédents familiaux. Le diagnostic précoce est important et l'hospitalisation est souvent nécessaire. Le traitement médicamenteux doit être adapté afin d'éviter un virage maniaque sous antidépresseur.

Les états dépressifs chez des adolescents présentant une pathologie limite se retrouvent fréquemment en cas d'antécédents de carences affectives et éducatives ou de séparations et ruptures relationnelles répétées. Les symptômes spécifiques sont un sentiment de vide, des angoisses d'abandon, un sentiment de non-valeur, des passages à l'acte auto (automutilations) et hétéro-agressifs fréquents.

En cas de dépression chez l'adolescent, les tentatives de suicide sont fréquentes, soit dans 0,35 % des cas<sup>2</sup>. On les retrouve plus fréquemment chez les filles. Le risque de récurrence est estimé à 50 % après une première tentative de suicide. Le suicide représente la 3<sup>e</sup> cause de mortalité chez les jeunes âgés entre 15 et 25 ans<sup>3</sup>.

En ce qui concerne leur évolution, 60 à 70 % des épisodes dépressifs majeurs se résolvent dans l'année<sup>15</sup>.

## **FACTEURS DE RISQUES DE DEPRESSION**

Les facteurs de risque de développer une dépression sont semblables chez l'enfant et l'adolescent.

Nous notons d'abord les facteurs de risque familiaux héréditaires : dépression et antécédent de dépression chez les parents, dépression maternelle durant la période périnatale, traumatismes multiples dans l'histoire familiale. Ensuite, il existe des facteurs psychosociaux aigus comme le deuil ou chroniques comme la maltraitance, les conflits intrafamiliaux, le harcèlement à l'école, la précarité et les maladies somatiques chroniques<sup>3</sup>.

Les facteurs psychosociaux ne sont pas nécessairement associés au développement de la dépression, mais les adolescents et les enfants présentant des facteurs de risque héréditaires importants semblent plus sensibles aux facteurs de stress psychosociaux.

Les facteurs de stress semblent plutôt associés à l'apparition d'un premier épisode dépressif qu'au risque de récurrence et doivent souvent être cumulés.

Les facteurs de stress chroniques et sévères qui affectent la sphère relationnelle (interaction familiales conflictuelles, harcèlement par les pairs, maltraitance) semble avoir un impact plus important sur l'apparition

de la dépression.

De nombreux enfants présentant les facteurs de risques précités ne développent cependant pas systématiquement d'épisode dépressif. Il existe donc des facteurs de résilience qui protègent contre le développement de la dépression qui sont l'absence de facteurs héréditaires, un haut niveau d'intelligence, la capacité à réguler ses émotions et de bonnes capacités adaptatives<sup>3,16</sup>. Le facteur de protection majeur semble être le fait d'entretenir des relations interpersonnelles satisfaisantes et de qualité avec ses pairs, ce qui pourrait constituer une cible de prévention et de traitement de la dépression.

De même les enfants avec un risque familial élevé de dépression tendent à avoir une meilleure santé mentale si leur relation avec leurs parents est chaleureuse, tolérante, peu hostile, souple et peu contrôlante<sup>3,17</sup>.

## **CONDUITE A TENIR ET CONCLUSIONS**

La dépression de l'enfant et de l'adolescent est trop souvent sous-diagnostiquée compte tenu de la symptomatologie intermittente et variée sur un mode externalisé où l'irritabilité et la colère prennent le pas sur le sentiment dépressif.

Comme nous l'avons vu, la dépression a un impact sur la vie des enfants et adolescents d'une part en lien avec le risque de décrochage et d'échec scolaire, d'isolement social et d'autre part vu le risque de suicide. Pour cette raison, il faut savoir reconnaître les états dépressifs et en repérer les symptômes.

La prévention et le dépistage sont primordiaux et ne pourrait se faire sans les acteurs de première ligne (médecin généraliste, ONE, école, centre PMS...).

La première piste d'intervention est la prévention des situations de carences familiales d'origine psychosociale, de la maltraitance et des séparations précoces parents/enfants afin d'éviter l'apparition de dépression chez les enfants et les adolescents.

La deuxième piste d'intervention est la mise en évidence de troubles dépressifs chez les parents car ceux-ci ont un impact sur les relations parents/enfants et sur l'ambiance familiale. Nous avons vu que, même en cas de présence de dépression ou d'autres troubles psychopathologiques chez les parents, des relations interpersonnelles chaleureuses constituent un facteur protecteur face au développement d'une dépression chez l'enfant ou l'adolescent.

Nous pouvons lutter contre ces facteurs de risque notamment en soutenant les familles, entre autres dans leur parentalité, afin qu'elles puissent offrir le meilleur environnement possible pour leur enfant. En présence de troubles psychopathologiques chez les parents, ces derniers devront être orientés vers des structures de soins adéquates.

Nous avons également noté qu'un jeune bien intégré dans son groupe de pairs constitue un facteur de protection. C'est donc un critère auquel il faudra être attentif lors de l'anamnèse. Sur le plan thérapeutique, il semble pertinent de proposer des dispositifs de prise en charge en groupe.

En cas de suspicion de dépression franche chez un enfant ou un adolescent, l'orientation chez un pédopsychiatre est indispensable afin d'évaluer la gravité et la sévérité de l'épisode dépressif. C'est sur cette base que ce dernier pourra décider de la meilleure stratégie de prise en charge thérapeutique (ambulatoire ou hospitalière, psychothérapeutique individuelle et/ou familiale, médicamenteuse) et qu'il pourra assurer la coordination de ces soins.

L'hospitalisation se justifiera en cas de risque suicidaire important.

La prise en charge psychothérapeutique est indispensable et comporte des approches individuelles et familiales.

Le traitement médicamenteux par antidépresseur n'aura sa place qu'en cas de symptomatologie intense et sévère, et après avis auprès du pédopsychiatre.

Conflits d'intérêt : néant.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Ferrari P. Dépression de l'enfant. In: Ferrari P, Bonnot O. Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris:Lavoisier;2013.355-65.
2. Ferrari P. Dépression de l'adolescent. In: Ferrari P, Bonnot O. Traité européen de psychiatrie et de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris:Lavoisier;2013.560-8.
3. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056-67.
4. Kessler RC, Avenevoli S, Ries Merikangas K. Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective. *Biol Psychiatry*. 2001;49(12):1002-14.
5. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychol Rev*. 2008;115(2):291-313.
6. Windfuhr K, While D, Hunt I, Turnbull P, Lowe R, Burns J *et al*. Suicide in juveniles and adolescents in the United Kingdom. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(11):1155-65.
7. Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR. Major depressive disorder in older adolescents: prevalence, risk factors, and clinical implications. *Clin Psychol Rev*. 1998;18(7):765-94.
8. Fletcher JM. Adolescent depression: diagnosis, treatment, and educational attainment. *Health Econ*. 2008;17(11):1215-35.
9. Keenan-Miller D, Hammen CL, Brennan PA. Health outcomes related to early adolescent depression. *J Adolesc Health*. 2007;41(3):256-62.
10. Hasler G, Pine DS, Kleinbaum DG, Gamma A, Luckenbaugh D, Ajdacic V *et al*. Depressive symptoms during childhood and adult obesity: the Zurich Cohort Study. *Mol Psychiatry*. 2005;10(9):842-50.
11. Marcelli D, Braconnier A. Le problème de la Dépression. In: Macelli D, Braconnier A. *Adolescence et psychopathologie* 6<sup>e</sup> éd. Paris:Masson;2004:245-66.
12. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Arlington, VA:American Psychiatric Publishing;2013.
13. Marcelli D. Dépression de l'enfant. *Psychologie clinique et projective*. 2003/1(9):59-78.
14. Leaf PJ, Alegria M, Cohen P, Goodman SH, Horwitz SM, Hoven CW *et al*. Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1996;35(7):889-97.
15. Dunn V, Goodyer IM. Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood. *Br J Psychiatry*. 2006;188:216-22.
16. Institute of Medicine. *Preventing mental, emotional and behavioral disorders among young people: progress and possibilities*. Washington DC:National Academies Press;2009.
17. Brennan PA, Le Brocq R, Hammen C. Maternal depression, parent-child relationships, and resilient outcomes in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(12):1469-77.

### Correspondance et tirés à part :

M. AL HUSNI AL KEILANI  
H.U.D.E.R.F  
Service de Pédopsychiatrie  
Avenue J.J. Crocq, 15  
1020 Jette  
E-mail : Mouna.alhusni@huderf.be

Travail reçu le 16 mai 2017 ; accepté dans sa version définitive le 14 juin 2017