

La dépression chez l'enfant

Dr Nicolas BOSCH
Service de Psychiatrie du Pr BAUBET - CHU Avicenne
IFIS - Septembre 2023

Généralités

Dépression de l'enfant et de l'adolescent

- longtemps niée / actuellement objet d'un intérêt croissant

- R. Spitz : « dépression anaclitique » ou hospitalisme chez des nourrissons séparés de leur mère : pleurnichements puis indifférence puis régression, développement de troubles somatiques

- = souvent méconnue

- présentation clinique variée et hétérogène → diagnostic complexe
- souvent méconnue par l'entourage familial et enfant/adolescent lui-même + difficile pour enfant/adolescent de reconnaître et d'exprimer ses affects
- souvent sous-diagnostiquée

➡ signes cliniques spécifiques qui permettront de poser un diagnostic chez l'enfant et l'adolescent

➡ pistes thérapeutiques

➡ mise en évidence les facteurs de risques de dépression

Epidémiologie

Trouble mental le plus fréquent chez les enfants et les adolescents

- ▶ **0,5 % des enfants et 3 % des adolescents** (ANSM, 2008)
- ▶ **2,8 % des enfants** âgés de 6 à 12 ans seraient concernés, et **5,6 % des adolescents** âgés de 13 à 18 ans (Costello, 2006)

Sémiologie chez l'enfant

Expression clinique variée: en fonction de l'âge, du niveau de maturation affective et cognitive, de l'histoire développementale, des antécédents psychopathologiques...

-  affect central = la tristesse
 - mais souvent masquée par d'autres symptômes voire niée par les adolescents / vécu dépressif qui est souvent absent (différence ++++ par rapport à l'adulte)
 - 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... (= manières de lutter contre les affects dépressifs)
-  à différencier des accès de tristesse rythmant l'enfance et l'adolescence en fonction des évènements de vie
 - (cf. modifications hormonales et corporelles, familiales, sociales ainsi que neurocognitives)

Sémiologie chez l'enfant

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

- ▶ critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur chez l'enfant et l'adolescent = les mêmes que ceux utilisés chez l'adulte.
 - ▶  irritabilité de l'humeur/colère prennent souvent la place de l'humeur dépressive = critères diagnostiques principaux!!!

Sémiologie chez l'enfant

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

▶ 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

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.

Sémiologie chez l'enfant

Différents aspects cliniques de la dépression chez l'enfant

- ▶  ne pas prendre les signes isolément
→ rechercher leur conjonction, leur permanence dans le temps et la modification comportementale nette qu'ils induisent par rapport au comportement antérieur...

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)

Sémiologie chez l'enfant

Quelques problématiques psychologiques

- ▶ avidité relationnelle vis-à-vis des adultes
- ▶ 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
- ▶ etc...

Complications

- ▶ Conséquences psycho-sociales : problèmes familiaux, difficultés/décrochage scolaire, isolement social,
- ▶ Troubles anxieux
- ▶ Troubles des conduites : antisociales, délinquantes (fugues, vol,...)
- ▶ Consommation de toxiques
- ▶ TCA
- ▶ Risque de récurrences
- ▶ Évolution vers une maladie maniaco-dépressive dans 20 à 30 % des cas
- ▶ Mode d'entrée dans la schizophrénie

- ▶  RISQUE SUICIDAIRE
 - ▶ Le suicide est rare avant la puberté
 - 2 % des enfants entre 11 et 12 ont fait une tentative de suicide
 - 6 % présentent des idées suicidaires
 - passages à l'acte suicidaire prennent souvent la forme d'un accident ou d'une conduite à risque / moyen utilisé souvent brutal

 - ▶ Chez l'adolescent
 - tentatives de suicide fréquentes, dans 0,35 % des cas / 40 000 par an (15-25) / 3 femmes pour un homme
 - 30 à 50 % de récurrences dans les 12 à 18 mois
 - suicide = 3^{ème} cause de mortalité chez les jeunes âgés entre 15 et 25 ans / 1000 décès par an (15-25) / 3 hommes pour 1 femme

Sémiologie chez l'enfant

Différents aspects cliniques de la dépression chez l'adolescent

- ▶ présentation clinique qui se rapproche de celle de l'adulte, mais spécificités...
 - ▶ irritabilité de l'humeur / sautes d'humeur intermittentes
 - ▶ ralentissement idéo-moteur
 - ▶ ennui (monotonie, manque d'intérêt, fatigue) / morosité
 - ▶ tristesse de l'humeur / absence de réactivité / perte des activités de loisirs...
 - ▶ chute des résultats scolaires ou désinvestissement scolaire
 - ▶ autodépréciation / perte d'estime de soi / sentiment de culpabilité
 - ▶ préoccupations suicidaires
 - ▶ préoccupations corporelles (asthénie, douleurs somatiques, accès hypochondriaque, dysmorphophobies...)
 - ▶ troubles du comportement (fugues, vols, conduites hétéro-agressives, abus de substance)
 - ▶ attitudes d'inhibition (intellectuelle avec diminution du rendement scolaire et de contact avec repli sur soi et retrait)
- ▶ troubles de l'appétit (anorexie ou hyperphagie avec perte de poids)
- ▶ troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils précoces ou hypersomnie)

Formes cliniques

- dépression précoce (associée à des situations de carence affectives chez le bébé et jeune enfant)
 - attitude de retrait, indifférence, retard de développement

- dépression masquée
 - enfant « trop sage », indifférent, « absent »

- chez des enfants atteints de handicap intellectuel
 - symptômes somatiques et troubles du comportement +++

- dépressions chez des adolescents présentant une pathologie limite
 - antécédents de carences affectives et éducatives ou de séparations et ruptures relationnelles répétées
 - sentiment de vide, angoisses d'abandon, sentiment de non-valeur, passages à l'acte auto et hétéro-agressifs fréquents....

Diagnostic différentiels

Autre trouble psychiatrique : Dysthymie, trouble bipolaire, troubles associés au stress (état de stress post-traumatique, deuil, trouble de l'adaptation), troubles anxieux (trouble obsessionnel compulsif, trouble panique, agoraphobie, anxiété généralisée, phobie sociale, phobies spécifiques), troubles de l'alimentation, trouble schizo-affectif, schizophrénie (symptômes négatifs), troubles de la personnalité, trouble somatoforme.	Troubles du sommeil : Syndrome d'apnées du sommeil, syndrome des jambes sans repos, tumeurs.
	Tumeurs : Cerveau, pancréas, rein
	Abus de substances : Alcool, benzodiazépines, opioïdes, cannabis/marijuana, cocaïne, amphétamines, analgésiques, barbituriques.
Troubles cardiovasculaires : Infarctus, accident vasculaire cérébral.	Hypovitaminoses : B12, acide folique.
Troubles endocriniens : Maladie d'Addison, maladie de Cushing, hyper/hypothyroïdie, syndrome prémenstruel, symptômes liés à la ménopause, prolactinome, hyperparathyroïdie, hypopituitarisme, diabète sucré.	Médicaments : Antihypertenseurs (bêtabloquants, réserpine, méthyl dopa, anticalciques) ; stéroïdes ; antihistaminiques H2 (ranitidine, cimétidine) ; sédatifs ; relaxants musculaires ; anticancéreux (vincristine, procarbazine, L-asparaginase, interféron, amphotéricine B, vinblastine) ; médicaments interagissant avec les hormones sexuelles (œstrogènes, progestérone, testostérone, agonistes du GnRH) ; antipsychotiques ; antipaludéens (méfloquine), isotrétinoïne (traitement de l'acné).
Troubles métaboliques : Hypoglycémie, hypercalcémie, Hypovitaminoses B12, acide folique, porphyrie.	
Troubles inflammatoires : Lupus érythémateux, affections rhumatismales.	
Infections : Syphilis, maladie de Lyme, encéphalopathie VIH, hépatite.	Troubles hématologiques : Anémie.

- bilan sanguin standard (inclut une formule sanguine simple, la TSH, le calcium, et la glycémie)
- selon l'anamnèse ou le status, d'autres examens peuvent être indiqués.
- ECG
- imagerie
- sérologie

Facteurs de risque

▶ 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

▶ facteurs psychosociaux

- aigus: deuil, séparation des parents, déménagement, mort d'un animal domestique, éloignement d'un camarade...
- chroniques: maltraitance, conflits intrafamiliaux, harcèlement à l'école, précarité, maladies somatiques chroniques de l'enfant...

▶ facteurs de résilience (qui protègent contre la dépression)

- haut niveau d'intelligence, capacité à réguler ses émotions et de bonnes capacités adaptatives
- facteur de protection majeur
 - enfant: relation avec parents chaleureuse, tolérante, peu hostile, souple et peu contrôlante
 - ado: fait d'entretenir des relations interpersonnelles satisfaisantes et de qualité avec ses pairs

Prise en charge

▶ en cas de suspicion de dépression franche chez un enfant ou un adolescent → orientation chez un pédopsychiatre

Traitements non pharmacologiques

- ▶ **psychothérapies** d'inspiration psychanalytique, de soutien, psychodrame psychanalytique, TCC, thérapies familiales
- ▶ proposer des dispositifs de **prise en charge en groupe**
 - intégration dans son groupe de pairs constitue un facteur de protection
- ▶ **Impliquer la famille et l'école** tout en traitant l'enfant pour améliorer le comportement de celui-ci et fournir des aménagements pédagogiques adaptés
- ▶ **guidance parentale**
- ▶ prises en charge à temps partiel (HDJ), placement familial spécialisé, hospitalisation (idées suicidaires, environnement peu fiable...)

Prise en charge

Prévention et dépistage sont primordiaux: acteurs de première ligne (médecin généraliste, IDE, école, centre PMS...)

► **prévention**

- des situations de carences familiales d'origine psychosociale, de la maltraitance et des séparations précoces parents/enfants
- mise en évidence de troubles dépressifs / troubles psychopathologiques chez les parents car ceux-ci ont un impact sur les relations parents/enfants et sur l'ambiance familiale
- soutien des familles, entre autres dans leur parentalité, afin qu'elles puissent offrir le meilleur environnement possible pour leur enfant

Prise en charge

Traitements pharmacologiques

▶ antidépresseurs (ISRS), thymorégulateurs

- En France, seule la **fluoxétine/Prozac** bénéficie d'une AMM dans le traitement des épisodes dépressifs majeurs (c'est-à-dire caractérisés) d'intensité modérée à sévère en association à un traitement psychothérapeutique chez les patients de moins de 18 ans (à partir de 8 ans), après échec (non réponse) de 4 à 6 séances de psychothérapie
 - **⚠ surveillance très étroite du risque suicidaire** dans les premières semaines
 - → soutien psychologique reste bien entendu la priorité

Référence bibliographique

PEDOPSYCHIATRIE

Dépression de l'enfant et de l'adolescent

Depression in childhood and adolescence

M. Al Husni Al Keilani et V. Delvenne

Service de Pédiopsychiatrie, 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^{1,2}.

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)³, 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)^{4,5}.

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^{1,2}.

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^{1,2,11}.

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

Dépression de l'enfant et de l'adolescent
M. Al Husni Al Keilani et V. Delvenne
Service de Pédiopsychiatrie, H.U.D.E.R.F., ULB