

DÉPRESSION DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Joseph M Rey, Tolulope T Bella-Awusah & Jing Liu

Edition en français

Traduction : Marie Boussaud, Julie Brunelle

Sous la direction de : David Cohen

Avec le soutien de la SFPEADA



Photo de repowerup.com

Joseph M Rey MD, PhD,
FRANZCP

Professor of Psychiatry,
Notre Dame University
Medical School Sydney
& Honorary Professor,
University of Sydney
Medical School, Sydney,
Australia

Conflict of interest: none
declared

Tolulope T Bella-Awusah
MBBS(IB), FWACP

Department of Psychiatry,
College of Medicine,
University of Ibadan
& University College
Hospital, Ibadan, Nigeria

Conflict of interest: none
declared

Jing Liu MD

Professor & Director,
Clinical Department for
Children and Adolescents,
Mental Health Institute &
the Sixth Hospital, Peking
University, Beijing, China.
Vice-President, Asian

Cette publication est à destination des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en formation ou en exercice. Elle n'est pas destinée au grand public. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Editeur ou de la IACAPAP. Cette publication tente de décrire les meilleurs traitements et pratiques basés sur des preuves scientifiques disponibles au moment de sa rédaction, traitements et pratiques qui pourraient donc évoluer en fonction des recherches à venir. Les lecteurs doivent mettre en perspectives ces connaissances avec les recommandations et les lois en vigueur dans leur pays. Certains traitements pourraient ne pas être disponibles dans certains pays et les lecteurs devraient consulter les informations spécifiques des médicaments car tous les dosages et les effets indésirables ne sont pas mentionnés. Les organisations, les publications et les sites web sont cités ou mis en lien afin d'illustrer les résultats et de pouvoir rechercher davantage d'informations. Cela ne veut pas dire que les auteurs, l'Editeur ou la IACAPAP endossent leurs contenus ou leurs recommandations, lesquelles pourraient être évaluées de façon critique par le lecteur. De même, les sites web peuvent changer ou cesser d'exister.

©IACAPAP 2012. Ceci est une publication en accès libre sous la [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). L'utilisation, la distribution et la reproduction sur tout type de support sont permises sans permission préalable du moment que le travail original est correctement cité et que l'utilisation n'est pas commerciale. Envoyez vos commentaires sur ce livre ou ce chapitre à jmreyATbigpond.net.au

Citation suggérée : Rey JM, Bella-Awusah TT, Jing L. Depression in children and adolescents. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

La dépression est un trouble épisodique, récurrent caractérisé par un sentiment permanent et envahissant de tristesse, une perte de plaisir pour les activités quotidiennes, une irritabilité et une association à certains symptômes tels que des pensées négatives, une perte d'énergie, des difficultés de concentration, des troubles du sommeil et de l'appétit. Les manifestations varient en fonction de l'âge, du sexe, de l'éducation et du milieu socioculturel. Les sous types de dépression sont définis en fonction de la sévérité des symptômes, de leur caractère envahissant, du retentissement fonctionnel et de la présence ou non d'épisodes maniaques ou de symptômes psychotiques associés. Il existe encore de nombreuses controverses pour savoir si la dépression doit être comprise dans une perspective dimensionnelle (c'est-à-dire que le diagnostic de dépression reposerait sur une mesure quantitative, comme dans le cas de l'hypertension artérielle par exemple), ou bien dans une perspective catégorielle (c'est-à-dire où les différences entre dépression et absence de dépression seraient qualitatives), ou encore pour savoir si certains types de dépression (par exemple, mélancolique ou non mélancolique) correspondraient à des étiologies différentes.

Les termes de « dépression », « épisode dépressif », « trouble dépressif », « dépression clinique » vont être utilisés tout au long de ce chapitre pour désigner ce que le DSM IV définit comme « épisode dépressif majeur » ou « trouble dépressif majeur », et la CIM-10 par la dénomination « épisode dépressif » ou « trouble dépressif récurrent ». A moins que cela soit spécifiquement indiqué, toutes les informations de ce chapitre se réfèrent à la dépression unipolaire.

EPIDEMIOLOGIE

La prévalence varie selon le type de population (par exemple : le pays), la période considérée (c'est-à-dire lors des 3 derniers mois, l'année précédente, vie entière), les sources d'information (par exemple : parents, enfants, les deux), et les critères utilisés pour le diagnostic. La plupart des études conviennent qu'environ 1 à 2 % des enfants pré-pubères et environ 5 % des adolescents souffrent cliniquement de dépression à un moment donné. La prévalence cumulée (cumul des nouveaux cas chez des individus préalablement asymptomatiques, aussi connu sous le nom de prévalence vie entière) est plus élevée. Par exemple, à l'âge de 16 ans, 12 % des filles et 7 % des garçons auraient eu à un moment donné de leur vie un épisode dépressif (Costello et al. 2003). La prévalence des *troubles dysthymiques* est moins bien connue mais les études suggèrent que le taux de prévalence serait aux alentours de 1 à 2 % chez l'enfant des enfants et 2 à 8 % chez l'adolescent. On peut y adjoindre 5 à 10 % de jeunes pour lesquels on estime qu'ils présentent une dépression subsyndromique (ou *dépression mineure*). Un jeune avec une dépression mineure présente des perturbations de son fonctionnement, un risque suicidaire accru et une augmentation du risque de développer une dépression caractérisée.

Genre et culture

Le sex-ratio de la dépression est de 1 chez l'enfant pré pubère, mais à l'adolescence deux fois plus de jeunes filles sont atteintes. Bien qu'elles soient limitées, les données disponibles suggèrent que le taux de dépression est plus élevé chez les patients qui souffrent de pathologies médicales chroniques, dans des sous-groupes spécifiques, comme dans les troubles du développement, et chez les enfants issus de minorités autochtones (par exemple les indigènes américains, les esquimaux, les aborigènes australiens).

Society for Child and Adolescent Psychiatry & Allied Professions

Conflict of interest: none declared

Acknowledgements: our thanks to Drs Olga Rusakovskaya (Russia) and Jenifer Bergen (Australia) and for their comments

- Avez-vous questions?
- Des commentaires?

Cliquez ici pour vous rendre sur la page Facebook du Textbook afin de partager vos visions sur le chapitre avec les autres lecteurs, mais aussi déposer des questions aux auteurs ou à l'éditeur ou de faire des commentaires.

Conséquences socio-économiques de la maladie

Il y a actuellement peu de données disponibles sur l'impact économique de la dépression infantile. Cependant, compte tenu de la continuité du trouble à l'âge adulte, cet impact est probablement tout à fait substantiel. Par exemple, une étude estime qu'une femme de 21 ans ayant présenté un épisode dépressif majeur précoce peut s'attendre à avoir un salaire de 12 à 18 % inférieur à une femme du même âge n'ayant fait de dépression qu'après l'âge de 21 ans ou n'en n'ayant pas fait du tout (Berndt et al. 2000).

AGE DE DEBUT ET EVOLUTION

Les patients déprimés peuvent développer des symptômes à n'importe quel âge cependant la présentation clinique varie légèrement selon le stade de développement, induisant des différences dans la manière dont la dépression se manifeste tout au long de la vie comme cela est précisé plus haut dans la Table E.1.

L'âge de début ne semble pas permettre de définir des sous-groupes distincts de dépression, mais un début précoce est associé à de multiples indicateurs d'une pathologie plus sévère à l'âge adulte, se manifestant au travers de nombreux domaines : statut matrimonial (ils sont moins souvent mariés), plus de difficultés d'intégration et de fonctionnement social, moins bonne qualité de vie, plus de comorbidités médicales et psychiatriques, fréquence accrue d'épisodes dépressifs au cours de la vie, augmentation du risque suicidaire et majoration de la sévérité de symptômes (Berndt et al. 2000).

La dépression des jeunes est-elle en augmentation ?

Certain chercheurs ont suggéré qu'il y avait eu une augmentation de la prévalence de la dépression avec des taux plus élevés chez ceux nés à la fin du vingtième siècle. Cela n'est pas certain car la qualité des études soutenant ces constatations n'est pas optimale et le plus souvent elles sont rétrospectives. Il est possible que l'augmentation perçue puisse être due à une plus grande sensibilité des parents aux symptômes que présentent leurs enfants et à un âge de début plus précoce.

Tableau E.1.1 Différences de présentation de la dépression en fonction de l'âge. Ces symptômes peuvent exister à tout âge mais sont plus fréquent dans le groupe d'âge spécifié.

Enfant pré-pubère :	Adolescents	Adultes
<ul style="list-style-type: none"> irritabilité (crises de colère, non-compliance) réactivité affective* comorbidité fréquente avec l'anxiété, troubles du comportement et TDAH plaintes somatiques 	<ul style="list-style-type: none"> irritabilité (grincheux, agressif, facilement frustré, fâcheries explosives) réactivité affective* hypersomnie augmentation de l'appétit et prise pondérale plaintes somatiques sensibilité extrême au rejet (ex. a facilement le sentiment qu'on le laisse tomber ou d'être critiqué de manière erronée), ce qui induit par exemple des difficultés à maintenir des relations. 	<ul style="list-style-type: none"> anhédonie anesthésie affective agitation ou ralentissement psychomoteur variation de l'humeur au cours de la journée (dépressivité matinale plus marquée) réveils matinaux précoces

* Capacité à être momentanément réconforté face à des événements positifs (ex. visite par des pairs).

Même si le diagnostic médical de dépression requiert que les symptômes soient présents chaque jour, et la plupart du temps de la journée, au cours des deux dernières semaines, les adolescents, en particulier ceux qui souffrent de dépressions modérées ou légères, gardent souvent une capacité à y réagir et peuvent, avec effort, cacher leurs symptômes.

Évolution

De la même manière que chez les adultes, l'évolution de la dépression du jeune est marquée par la récurrence. Un épisode de dépression en population clinique dure de 7 à 9 mois en moyenne, mais la durée peut être plus courte en population générale. Autrement dit, les épisodes dépressifs sont la plupart du temps spontanément résolutifs. Cependant, la probabilité d'une récurrence dans les 2 ans s'élève à 40 %. Elle reste élevée après l'arrêt du traitement. Par exemple, dans l'étude de suivi à 5 ans Treatment of Adolescent Depression Study (TADS), il a été mis en évidence que l'immense majorité des participants (96%) avait guéri de l'épisode initial, mais qu'après 5 ans, presque la moitié (46%) avaient eu une récurrence (Curry et al. 2010).

La probabilité qu'un nouvel épisode survienne à l'âge adulte est évaluée à 60% (Birmaher et al. 1996). Ainsi la maladie dépressive peut être considérée de manière optimale comme un état chronique avec des rémissions et des récurrences. Ceci a des implications importantes dans la prise en charge, qui ne peut se réduire au fait de limiter la durée de l'épisode dépressif. Elle doit prendre en compte les conséquences de l'épisode dépressif et aussi prévenir les récurrences. Les facteurs de risque de récurrence sont une moins bonne réponse au traitement, une sévérité plus élevée, une chronicité, des antécédents d'épisodes dépressifs, une comorbidité, un caractère désespéré, un style cognitif négatif, des problèmes familiaux, un bas niveau socio-économique et l'exposition aux maltraitances (abus ou conflits familiaux) (Curry et al, 2006).

SOUS-TYPES DE DEPRESSION

Il est pertinent de définir des sous-types de dépression car cela a des implications dans les choix thérapeutiques et le pronostic. Par exemple la dépression saisonnière peut répondre plus spécifiquement à la photothérapie, et le traitement de la dépression bipolaire est différent de celui de la dépression unipolaire. Exceptée la distinction entre dépression unipolaire et bipolaire, de nombreux autres sous-types (par exemple, primaire et secondaire, endogène et réactionnel, psychotique et névrotique) ont été proposés au fil des années, habituellement sans données empiriques convaincantes ou données cliniques validées. Il y a actuellement des divergences d'opinions concernant l'utilité de la distinction entre la dépression mélancolique et non mélancolique. Certains de ces concepts restent largement utilisés dans certains pays. La plupart des sous-types de dépression habituellement utilisés sont résumés dans la Table E.1.2, indépendamment de leur validité scientifique.

ETIOLOGIE ET FACTEURS DE RISQUE

L'étiologie de la dépression est complexe, multifactorielle, et fait l'objet de nombreux débats scientifiques, par conséquent cela ne sera pas discuté en détail ici. Les lecteurs intéressés peuvent consulter le résumé de Krishnan et Nesler (2010).

Réactivité affective chez les adolescents déprimés

« Ce matin, je sortirai du lit. Ce matin, j'irai à l'école. Aujourd'hui je finirai mes interrogations de maths. Je m'investirai dans mon projet d'anglais et pendant le repas de midi j'irai voir mes amis. Je vais rire, plaisanter et parlerai à mes amis. Je raconterai des histoires amusantes à propos de mon weekend et, sans que je m'en rende compte, la journée d'école sera terminée et personne ne saura comment je me sens au fond de moi. Après quand je rentrerai à la maison, je pourrai retourner au lit et n'aurai plus à faire semblant pour quiconque. » Les mots ci-dessus sont tirés d'un journal que j'ai écrit le 20 avril 2000, A l'époque j'avais 14 ans.

Nathan B. "And Then My Tears Subsided..."
<http://www.blackdoginstitute.org.au/docs/AndThenMyTearsSubsided.pdf>

Les recherches ont mis en évidence une multitude de facteurs de risque associés à l'âge de début, au maintien ou la récurrence de la dépression. Cela peut prêter à confusion ou conduire à de fausses attentes (comme par exemple lorsqu'on considère que la prise en charge des facteurs des risques pourrait être en elle-même suffisante pour résoudre la dépression). Les facteurs de risques ayant un rôle dans la prévention, la détection ou le traitement sont listés dans la Table E.1.3.

Tableau E.1.2. Sous-types de dépressions pertinentes en pratique clinique.

<i>Dépression unipolaire</i>	dépression sans antécédent d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque
<i>Dépression bipolaire</i>	antécédent d'au moins un épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque non pharmacologiquement induit
<i>Dépression psychotique</i>	le jeune présente des hallucinations ou un délire associés aux symptômes de dépression majeure en l'absence d'autre trouble psychotique
<i>Dépression mélancolique, dépression majeure avec caractéristiques mélancoliques, ou mélancolie</i>	les épisodes sont caractérisés par des modifications neurovégétatives prédominantes comme la perte de poids, le ralentissement psychomoteur, des troubles du sommeil marqués, des variations de l'humeur au cours de la journée, des réveils précoces et un manque de réactivité. La dépression mélancolique est équivalente à la dépression « endogène »
<i>Trouble dysthymique ou dysthymie</i>	une humeur dépressive de manière chronique depuis au moins 1 an, mais pas suffisamment sévère pour correspondre à la définition d'une dépression ; les intervalles libres (asymptomatiques) durent moins de deux mois
<i>Dépression double</i>	l'épisode dépressif survient chez un patient souffrant déjà de dysthymie
<i>Dépression catatonique</i>	lorsque le trouble de l'humeur est associé à une stupeur catatonique
<i>Dépression post-psychotique</i>	lorsque cela survient dans le parcours d'une schizophrénie, souvent après la résolution d'un épisode floride
<i>Trouble dysphorique pré-menstruel</i>	changement d'humeur pré-menstruels-dysphorie, tension, irritabilité, agressivité, et humeur labile-qui mime la dépression. Sa nature et sa validité sont encore discutées
<i>Dépression saisonnière, dépression de modèle saisonnier, trouble affectif saisonnier</i>	le début et la rémission de la dépression majeure sont en lien avec des moments spécifiques de l'année, commençant habituellement en automne ou en hiver avec une rémission au printemps (depuis au moins deux ans)
<i>Trouble de l'humeur non spécifié</i>	trouble significatif de l'humeur et du fonctionnement qui ne correspondent pas aux critères d'un trouble spécifique de l'humeur souvent du fait d'une présentation mixte (ex. symptômes maniaques et dépressifs)
<i>Trouble de l'adaptation avec humeur dépressive</i>	occurrence de symptômes dépressifs cliniquement significatifs et dysfonctionnement social apparaissant dans les trois mois après la survenue d'un facteur de stress identifiable, et qui ne correspond pas aux critères d'une dépression majeure ou d'un deuil. Il est attendu que les symptômes disparaissent dans les 6 mois suivant la disparition du facteur de stress
<i>Dépression mineure, dépression sub-syndromique, dépression sub-clinique</i>	symptômes dépressifs ne répondant pas aux critères de dépression (ex ; 1 symptôme principal, et 1 des 3 symptômes associés, et une incapacité mineure)

En résumé, la dépression du jeune apparaît être le résultat d'interactions complexes entre vulnérabilités biologiques et facteurs environnementaux. Les facteurs de vulnérabilité biologiques peuvent résulter de la dotation génétique des enfants et de facteurs prénataux. L'influence environnementale inclut les relations intra-familiales, le style cognitif de l'enfant, les événements de vie stressants, l'école et les caractéristiques du quartier. La dépression parentale est le facteur de risque le plus régulièrement retrouvé dans la dépression de l'enfant. Les événements de vie stressants, en particulier les pertes, peuvent augmenter le risque de dépression ; ce risque est plus élevé si les enfants traitent ces événements (ou tout autre événement de vie stressant) en utilisant des attributions négatives. Les carences affectives et l'abandon peuvent aussi être pertinents.

COMORBIDITE

La comorbidité, c'est-à-dire la survenue simultanée chez un même individu de deux pathologies distinctes ou plus, est une question habituelle et complexe qui concerne tous les troubles mentaux de l'enfant et l'adolescent, qui a de grandes implications théoriques et pratiques – par exemple pour les traitements – et qui n'est pas encore résolue de manière satisfaisante.

Les données épidémiologiques en population générale suggèrent que la présence de comorbidités dans la dépression de l'enfant et l'adolescent est fréquente. C'est particulièrement le cas dans les échantillons en population clinique car la probabilité d'être adressé pour des soins est fonction de la probabilité combinée de survenue pour chacun des troubles séparément – qui est aussi appelé l'effet Berckson. Les patients présentant des troubles comorbides ont un moins bon fonctionnement clinique global que ceux avec un diagnostic unique. La comorbidité est aussi associée à un devenir à l'âge adulte plus péjoratif. Par exemple, la dépression de l'enfant comorbide avec un trouble des conduites ou un abus de substance est associée à une probabilité plus élevée de passage à l'acte sévère ou violent à l'âge de 24 ans que lorsque la dépression, les troubles des conduites ou l'abus de substance surviennent isolément (Copeland et al, 2007).

Les troubles psychiatriques fréquemment associés à la dépression sont les troubles anxieux, les troubles des conduites, le trouble de déficit de l'attention et hyperactivité (TDAH), les troubles obsessionnels compulsifs, et les troubles des apprentissages. Une étude épidémiologique (Costello et al, 2003) montre que, sur une période de 3 mois, 28 % des jeunes diagnostiqués avec un trouble dépressif ont aussi eu un trouble anxieux, 7 % un TDAH, 3 % un trouble des conduites, 3 % un trouble oppositionnel et 1 % un abus de substance. L'implication pratique de ce constat est que lorsqu'un enfant présente les symptômes d'une pathologie (par exemple un trouble dépressif), le diagnostic initial n'est que la première étape de l'évaluation ; les cliniciens doivent rechercher de la même manière des symptômes d'autres pathologies éventuellement associées.

Les liens entre la dépression et l'anxiété sont bien connus car les symptômes dépressif et anxieux co-existent souvent et les individus expérimentent fréquemment des épisodes dépressifs et anxieux à différents moments de leur vie. Souffrir d'un épisode dépressif n'augmente pas seulement le risque d'épisodes dépressifs ultérieurs (continuité homotypique) mais aussi celui de troubles anxieux (continuité hétéro typique).

Dépression « masquée »

Jusqu'à la seconde moitié du vingtième siècle, il était communément admis que la dépression n'existait pas chez l'enfant. Les nouvelles théories qui ont émergé dans les années 50 postulaient que la dépression dans cette classe d'âge existait, qu'elle ne s'exprimait pas comme telle mais au travers d'« équivalents dépressifs », comme par des troubles des conduites, une hyperactivité, des plaintes somatiques, une énurésie et des problèmes scolaires. Autrement dit, selon eux, les enfants peuvent être déprimés sans exprimer leur dépression de la même manière que les adultes-« dépression masquée ».

Le concept de dépression masquée a beaucoup été critiqué et par conséquent largement abandonné. Dans les années 70, les chercheurs ont commencé à montrer que la dépression de l'enfant existait, et de manière assez fréquente, que les symptômes étaient proches de ceux des adultes. Tandis que les enfants déprimés pouvaient initialement présenter des symptômes variés dissimulant la dépression (ex. crises, maux de tête, fatigue, problèmes de concentration) un clinicien compétent pouvait être capable de repérer la dépression (Carlson & Cantwell, 1980)

La dépression est fréquemment comorbide d'un état de stress post traumatique (cf chapitre E.5). Les adolescents sont particulièrement vulnérables à la dépression et à la suicidalité dans l'année suivant un évènement traumatique. Les mécanismes incluent la prétendue *culpabilité du survivant* (que d'autres soient morts ou sévèrement blessés), le deuil pathologique, les problèmes pour effectuer les tâches de la vie quotidienne en lien avec des difficultés de concentration ou des reviviscences traumatiques intrusives et des recrudescences anxieuses sur fond de symptômes anxieux chroniques. On peut citer d'autres complications psychiatriques du stress post traumatique pouvant interagir avec la dépression comme : le trouble panique, les autres troubles anxieux, les comportements impulsifs, le trouble dissociatif, et le mésusage de substances.

Dépression et traits de personnalité

Les traits de personnalité se dessinent progressivement au cours de l'adolescence et chez le jeune adulte et le type de personnalité peut influencer la présentation et le mode d'expression d'une pathologie dépressive. Cela est évident chez l'adulte, mais cela survient aussi chez les plus jeunes. Les traits de personnalité sous-jacents des adolescents sont amplifiés quand ils sont déprimés. Par exemple, ceux qui sont anxieux tendent à montrer un plus haut niveau d'anxiété, d'évitement et de symptômes somatiques quand ils sont déprimés (dépression anxieuse), tandis que ceux qui ont un fonctionnement plus externalisé expressif ont plus tendance à montrer de l'hostilité et de l'irritabilité.

Les personnalités borderline (cf chapitre H.5) sont particulièrement sujettes à la dépression du fait de leur tendance dysphorique et de leur extrême sensibilité au rejet. Leur peur d'abandon peut être accompagnée par d'intenses mais habituellement brefs épisodes de tristesse, colère, ou irritabilité, qui culminent parfois dans des accès d'auto agressivité. Un trouble dépressif et une personnalité borderline peuvent tout deux co-exister. D'une part, une dépression risque de ne pas être diagnostiquée quand les adolescents avec des traits de personnalité borderline présentent tristesse, irritabilité et culpabilité. D'autre part, un épisode dépressif

Interaction gène-environnement : gène du transporteur de la sérotonine, maltraitance infantile et dépression.

L'étude Santé et Développement de Dunedin en Nouvelle Zélande (New Zealand's Dunedin Health and Development Study) a étudié une cohorte de 1 037 enfant de 3 à 26 ans en suivant attentivement le développement de troubles psychiatriques, les évènements de vie majeurs, et d'autres facteurs comme la maltraitance infantile. Un rapport s'appuyant sur ces données concluait qu'il existait un polymorphisme du gène du transporteur de la sérotonine (5-HTT) qui modèrerait l'influence des évènements de vie stressants sur le développement de la dépression. C'est-à-dire que les individus avec l'allèle court de ce gène auraient plus tendance à développer une dépression face à des évènements de vie particulièrement stressants ou de mauvais traitements pendant l'enfance, en comparaison avec ceux possédant un allèle long et exposés aux mêmes expériences (Caspi et al, 2003).

Ces découvertes ont suscité beaucoup d'engouement car cela semblait prouver l'existence d'une interaction gène-environnement plausible dans l'étiologie de la dépression. Cependant, une méta-analyse ultérieure concluait en montrant que les altérations du gène du transporteur de la sérotonine seules ou en association avec des évènements de vie stressants n'étaient pas associées avec un sur-risque de dépression (Risch et al, 2009). Une autre méta-analyse publiée peu de temps après (Karg et al, 2011) arrivait à la conclusion opposée, tandis qu'une autre étude prospective néozélandaise n'arrivait pas à confirmer une telle association (Fergusson et al, 2011). Clairement, il est nécessaire que des études supplémentaires soient menées pour réussir à résoudre cette question épineuse, ce qui souligne l'importance de la réplication des résultats avant de les accepter, sans parler de leur application en en pratique clinique (ex. pour détecter une vulnérabilité vis-à-vis de la dépression).

Tableau E.1.3. Facteurs de risque et leur implication pour la prévention, la détection et le traitement

	Facteurs de risque	Implications pour la prévention, la détection et le traitement
Biologique	<i>Antécédent familial de dépression</i>	Augmentation de la suspicion de dépression lorsqu'on retrouve un antécédent de dépression ou de suicide dans la famille
	<i>Antécédent d'abus de substances ou d'alcool chez l'un des parents</i>	Détection et traitement des abus de substance chez les parents
	<i>Antécédent familial de trouble bipolaire</i>	Augmentation de la suspicion que la dépression puisse être bipolaire, implication dans le choix médicamenteux
	<i>sexe féminin</i>	Les jeunes adolescentes consultant leur médecin de famille pourraient faire l'objet d'une recherche des signes de dépression
	<i>Puberté</i>	La dépression est plus fréquente chez les adolescents pubères, en particulier les jeunes filles. L'apparition précoce des règles (avant 11,5 ans) augmente ce risque. Examiner les adolescents à la recherche de signes de dépression
	<i>Pathologie somatique chronique</i>	Eliminer une dépression chez les patients présentant une pathologie somatique chronique ou un handicap
	<i>Antécédent personnel de dépression</i>	Développer des stratégies pour éviter la rechute fait partie intégrante du traitement de la dépression
Psychologique	<i>Trouble psychiatrique comorbide, notamment anxiété</i>	Repérage et traitement des troubles psychiatriques comorbides
	<i>Tempérament très émotif ou névrosé</i>	Repérage des individus à risque et interventions préventives ciblées
	<i>Style cognitif négatif, faible estime de soi</i>	Repérage des individus à risque et interventions préventives ciblées
	<i>Trauma</i>	Repérage des individus à risque et interventions préventives ciblées
	<i>Deuils et pertes</i>	Repérage des individus à risque et interventions préventives ciblées
Famille	<i>Abus, négligences</i>	Interventions préventives ciblées tels que les programmes d'accompagnement à la parentalité et de prévention des abus
	<i>Styles négatifs de parentalité</i>	Interventions préventives ciblées de guidance parentale
	<i>Troubles psychiatrique des parents</i>	Repérage et traitement des troubles psychiatriques des parents. Interventions préventives ciblées de guidance parentale
	<i>Conflit parent-enfant</i>	Education parentale et guidance parentale.
Social	<i>Harcèlement à l'école</i>	Programmes de prévention du harcèlement à l'école
	<i>Enfants et adolescents délinquants</i>	Repérage des individus à risque et interventions préventives ciblées
	<i>Enfants institutionnalisés ou placés en famille d'accueil, réfugiés, sans domicile, demandeurs d'asile</i>	Repérage des individus à risque et interventions préventives ciblées

AY, une jeune fille de 14 ans, actuellement en 4^{ème} année du secondaire, a été accompagnée à l'hôpital 4 heures après avoir réalisé une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire (ingestion d'une faible quantité de solution antiseptique concentrée). Elle se plaint de se sentir triste la plupart du temps depuis les 6 derniers mois et pense beaucoup à la mort. Sa décision de boire le poison est apparue après qu'elle ait appris qu'elle devait redoubler. Préalablement à cela, ses notes avaient progressivement chuté. Elle se sentait coupable car ses mauvaises performances scolaires avait coulé les finances de son père. AY décrivait des difficultés d'endormissement et des troubles du sommeil de longue date. Elle continuait à garder du plaisir à regarder la Tv et jouer avec ses amies, mais elle avait commencé à trouver cela de plus en plus difficile d'effectuer les tâches ménagères parce qu'elle se sentait faible et fatiguée. Sa famille l'interprétait comme de la fainéantise et elle était souvent réprimandée ou frappée pour ne pas avoir achevé ses corvées. Elle s'est aussi sentie isolée de ses camarades de classe du fait de ses mauvais résultats scolaires.

La mère d'AY avait souffert de troubles psychiatriques épisodiques par le passé et était séparée du père d'AY, qui s'était depuis remarié. AY et ses 4 frères et sœurs vivaient chez une tante paternelle car le reste de la famille craignait qu'ils ne contractent la pathologie psychiatrique de leur mère. Bien que la mère d'AY vive et travaille maintenant dans une autre ville, AY la voyait uniquement 1 à 2 fois par an brièvement. Son père vivait encore plus loin et elle ne le voyait pratiquement plus.

peut majorer les caractéristiques de personnalité suggérant à tort l'existence d'un trouble de la personnalité. Dans ce cas-là, les symptômes évocateurs de trouble de personnalité peuvent disparaître une fois l'épisode dépressif résolu. Un diagnostic de trouble de la personnalité doit donc être provisoire chez un adolescent déprimé, et il ne peut être posé que sur la base des symptômes et du fonctionnement hors de l'épisode dépressif.

Dépression et conduites suicidaires

Au niveau mondial, le suicide est l'une des premières causes de décès chez les adolescents. Pour chaque suicide abouti chez les adolescents, il y a environ 100 tentatives de suicides rapportées. Les pensées suicidaires sont communes chez le jeune. Environ 1 fille sur 6, entre 12 à 16 ans, rapporte en avoir eu au cours des 6 derniers mois (1/10 pour les garçons). Mais les taux dans les échantillons cliniques sont beaucoup plus élevés. Alors que le suicide est la conséquence d'interactions complexes entre facteurs individuels et facteurs psychosociaux, on note que les problèmes de santé mentale jouent un rôle primordial. De nombreuses preuves mettent en évidence que la dépression est le facteur de risque individuel le plus important élevé (bien qu'il y ait des exceptions ; dans certains pays comme la Chine, l'impulsivité semble être le facteur de risque majeur).

Environ 60 % des jeunes déprimés rapportent avoir eu des idées suicidaires et 30 % ont fait une tentative de suicide. Le risque de passage à l'acte augmente si :

- Il y a des antécédents familiaux de suicide
- Il y a des antécédents personnels de tentative de suicide
- Il y a des troubles psychiatriques comorbides (par exemple : abus de substance), une impulsivité, et de l'agressivité
- Il y a accès à des moyens létaux (par exemple : arme à feu)
- Il y a des événements de vie négatifs (par exemple : renvoi disciplinaire, maltraitance ou abus sexuel entre autres).

Les comportements suicidaires et les facteurs de risque nécessitent d'être évalués avec beaucoup d'attention chez chaque jeune déprimé. (cf chapitre E.4).

DIAGNOSTIC

Bien que le diagnostic ne soit habituellement pas difficile, la dépression

de l'enfant et l'adolescent n'est souvent ni détectée, ni traitée. Les jeunes ont tendance à se présenter initialement avec des plaintes comportementales physiques qui peuvent masquer les symptômes dépressifs typiques reconnus chez les adultes. Les plaintes qui peuvent alerter les cliniciens sur la possibilité d'une dépression incluent :

- irritabilité ou mauvaise humeur
- ennui chronique ou perte d'intérêt pour les activités de loisirs (par exemple décrochage des activités sportives, de la danse ou des leçons de musique).
- Retrait social ou perte de l'envie de sortir avec des amis
- Evitement scolaire
- Chute des résultats scolaires
- Changement du cycle veille/sommeil (par exemple dormir et refuser d'aller à l'école).
- Fréquentes plaintes somatiques inexplicables (nausées, maux de tête, ou douleurs abdominales).
- Développement de problèmes de comportement (devenir plus agressif, fugue du domicile, intimidation des autres).
- Abus d'alcool et d'autres substances.

Il est important de vérifier si ces divers problèmes s'inscrivent en rupture avec le fonctionnement antérieur ou le caractère de l'adolescent. Par exemple la dépression peut être considérée comme un diagnostic différentiel chez un jeune homme de 14 ans avec un trouble des conduites et un trouble oppositionnel évoluant depuis 6 mois mais n'ayant préalablement pas de problèmes comportementaux. De la même manière, la dépression peut être évoquée devant la chute des résultats scolaire chez une jeune fille de 15 ans qui était précédemment en tête de classe.

Bien que les définitions soient similaires, dans cette section nous suivrons largement les critères du DSM IV car ceux de la CIM-10 sont plus ambigus. Faire le diagnostic d'une dépression, en pratique, requiert la présence de :

- symptômes clés
- certains symptômes associés
- la notion de persistance (les symptômes doivent être présents chaque jour ou la plupart de la journée),
- une durée minimale (ils doivent être présents depuis au moins 2 semaines)
- l'existence d'un retentissement fonctionnel ou d'une souffrance subjective significative

Les *symptômes clés* sont la tristesse de l'humeur, l'anhédonie ou l'irritabilité. Ce dernier symptôme est le plus difficile à identifier car il peut être présent dans bon nombre de situations psychiatriques (par exemple dans les troubles oppositionnels, les troubles obsessionnels compulsifs, le trouble bipolaire). Les *symptômes associés* incluent : modification significative du poids ou de l'appétit, insomnie ou hypersomnie ; agitation psychomotrice ou ralentissement ; fatigue physique ou sentiment de perte d'énergie ; sentiment d'inutilité ou de culpabilité ; diminution des capacités à penser ou à se concentrer, ou indécision ; et pensées récurrentes de mort ou de suicide.

Symptômes de la dépression

Symptômes principaux :

- Sentiment envahissant et persistant d'être triste ou malheureux
- Perte du plaisir dans les activités quotidiennes
- Irritabilité

Symptômes associés :

- Pensées négatives et faible estime de soi
- Désespoir
- Idées exagérées de culpabilité, de remords, ou d'inutilité
- Pensées suicidaires ou pensées de mort
- Manque d'énergie, fatigabilité accrue, diminution de l'activité
- Difficultés de concentration
- Troubles de l'appétit (diminution ou augmentation)
- Perturbations du sommeil (insomnies ou hypersomnies)

Le point crucial est que chez tout jeune déprimé, il est indispensable d'évaluer le risque de passage à l'acte auto et hétéroagressif (cf chapitre E.4). Le résultat de cette évaluation aura des conséquences importantes sur la prise en charge, notamment sur le choix du cadre dans lequel traiter ce patient.

Sources d'information

Les parents et les enseignants ont tendance à sous estimer les sentiments dépressifs chez les enfants alors que les jeunes ont plutôt tendance à les surestimer. De plus, il n'est pas rare que les données issues de rapports et questionnaires de différentes sources se contredisent. Cela ne signifie pas pour autant qu'il s'agisse de données fausses – cela reflète souvent la difficulté des observateurs à interpréter les comportements et émotions des enfants, et leurs connaissances limitées de l'enfant (par exemple les enseignants observent le comportement et les émotions des jeunes en classe mais pas à la maison ou dans des situations sociales autres). Il est donc nécessaire de d'interroger l'enfant, souvent à plusieurs reprises, pour avoir une idée précise de la manière dont le jeune se sent. Croiser les informations de différentes sources, point clé de la clinique, est souvent difficile dans ce contexte. Cependant, contrairement à ce qui arrive dans d'autres situations comme les troubles des conduites ou le TDAH, les médecins devraient attribuer plus de poids à ce que rapporte le jeune en ce qui concerne le diagnostic de dépression, même si les informations données par les parents et les enseignants doivent aussi être prises en compte.

Sévérité

Evaluer la sévérité d'un épisode dépressif est très important car les guidelines considèrent la sévérité comme l'un des critères utiles pour le choix du traitement de première intention. Cependant, les définitions actuelles de la sévérité sont inappropriées ; l'évaluation de la sévérité est largement basée sur un consensus clinique et liée à la compétence et l'expérience du médecin. La Table E.1.4 fournit une aide concernant l'évaluation de la sévérité. Les échelles de dépression peuvent aussi contribuer à cette évaluation (voir la Table E.1.6).

Pour faire le diagnostic de dépression, en pratique, il faut :

- la présence des symptômes principaux
- certains symptômes associés
- persistance des symptômes (symptômes présents chaque jour ou la plupart de la journée)
- durée minimale (depuis au moins 2 semaines)
- retentissement fonctionnel global ou souffrance subjective significative

Tableau E.1.4. Evaluation de la sévérité d'un épisode dépressif (DSM IV)

Léger	Modéré	Sévère
<ul style="list-style-type: none"> • 5 symptômes dépressifs (dont au moins 1 symptôme principal) • Retentissement fonctionnel modéré (perturbé par les symptômes, certaines difficultés à poursuivre le travail habituel et les activités de loisirs, mais peuvent être réalisées avec efforts) 	<ul style="list-style-type: none"> • 6 ou 7 symptômes (dont 1 symptôme principal au moins) • Difficultés considérables au plan scolaire, social et familial 	<ul style="list-style-type: none"> • Plus de 7 symptômes dépressifs • Hallucination ou délire peuvent être présents (dépression psychotique) • Dysfonctionnement sévère dans la plupart des domaines (à la maison, à l'école, au plan social) • Un risque suicidaire significatif est souvent présent

En dehors des symptômes dépressifs et du retentissement fonctionnel global, d'autres facteurs (le risque pour soi ou pour les autres) influencent les décisions concernant le traitement, en particulier le cadre de soins le plus approprié. Par exemple, un adolescent avec un haut risque suicidaire peut nécessiter une hospitalisation alors qu'un autre avec une dépression dont le niveau de sévérité est similaire mais avec un moindre risque suicidaire pourrait ne pas.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

La tristesse de l'humeur fait partie des expériences émotionnelles normales dans la vie, en particulier dans les suites d'un deuil ou d'une déception. Cependant, parfois, ces sentiments sont si intenses et persistants que les individus deviennent incapables de maintenir leur niveau de fonctionnement antérieur. C'est dans ces

Tableau E.1.5. Distinctions entre le comportement normal d'un adolescent et une dépression.

Adolescent normal	Adolescent avec une dépression clinique
<ul style="list-style-type: none"> en dépit de certaines « angoisses »*, d'une humeur changeante et d'autres difficultés, il n'y a pas de changement significatif et durable de leur comportement. 	<ul style="list-style-type: none"> il y a un changement par rapport au comportement antérieur (ex. devient triste, irritable, perte d'intérêt pour les activités de tous les jours, réponse excessive à la perception d'offenses ou de rejets, plaintes fréquentes d'ennui)
<ul style="list-style-type: none"> bien qu'ils puissent être tristes et pleurer de temps en temps, cela survient habituellement en réponse à des événements de vie, et ne durent pas dans le temps. 	<ul style="list-style-type: none"> symptômes dépressifs principaux (tristesse ou anhédonie) sont présents tous les jours, la plupart de la journée depuis au moins 2 semaines
<ul style="list-style-type: none"> pas de changement significatif du fonctionnement 	<ul style="list-style-type: none"> détérioration par rapport au fonctionnement antérieur (ex. absence de réussite à l'école, chute des notes, arrêt des activités de loisirs habituellement investies). Ils mettent plus de temps à faire leurs devoirs et le travail scolaire qu'avant, et cela leur demande plus d'efforts, les performances scolaires peuvent décliner. Repli dans leur chambre ou devant internet au détriment des relations amicales et des autres activités qui leur plaisaient avant
<ul style="list-style-type: none"> les pensées de mort et les idées suicidaires sont rares 	<ul style="list-style-type: none"> les pensées suicidaires (« la vie ne vaut pas le coup d'être vécue », « je serais mieux mort ») et les tentatives de suicide sont fréquentes
<ul style="list-style-type: none"> comportements à risques tels que conduites de véhicules irréfléchies, ivresses, expérimentations sexuelles sont banales mais restent habituellement contenues dans des limites raisonnables par rapport au caractère de l'adolescent. 	<ul style="list-style-type: none"> ils peuvent s'engager dans des conduites inhabituelles, dangereuses ou à haut risque, comme conduite irréfléchie de véhicules, ivresses massives, expositions sexuelles à risque

*phobie, peur, anxiété, « angoisse » est un terme souvent utilisé pour décrire le sentiment intense d'appréhension, d'anxiété, ou trouble intérieur que les adolescents expérimentent

situations que les dénominations de dépression clinique, dépression majeure, maladie dépressive ou mélancolie sont appliquées. Dans le langage courant, on dit « être déprimé », ce qui veut dire qu'on se sent malheureux, fatigué ou triste. La question est donc de distinguer les dépressions cliniques, d'une part, des sentiments normaux de hauts et de bas survenant lors d'une vie d'adolescent et, d'autre part des situations qui peuvent mimer la dépression.

Dépression et comportements adolescents normaux

L'une des principales préoccupations exprimée par les cliniciens concernant le diagnostic de dépression est de différencier le comportement d'un adolescent normal de celui d'un jeune déprimé. Les adolescents sont en effet souvent perçus comme étant de mauvaise humeur, irritables, anhédoniques, et s'ennuyant. La Table E.1.5 liste quelques-unes de ces différences.

Pathologies somatiques et effets médicamenteux

Certaines pathologies médicales, traitements ou substances psychoactives peuvent mimer la dépression chez l'enfant et l'adolescent. Cela inclut (la liste n'est pas exhaustive) :

- médicaments : isotrétinoïne, corticostéroïde et stimulants (par exemple amphétamines, méthylphénidate)
- abus de substances : amphétamines, cocaïne, cannabis, solvants
- infections : syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), mononucléose infectieuse, grippe
- troubles neurologiques : épilepsie, migraine, traumatisme crânien
- maladie endocrinienne : maladie d'Addison, maladie de Cushing, hypopituitarisme, trouble thyroïdien.

Unipolaire ou bipolaire ?

Un des enjeux dans le diagnostic de dépression est de vérifier s'il s'agit d'un épisode unipolaire ou bipolaire, du fait des implications thérapeutiques. Bien que

Repérage de la dépression

La dépression à l'adolescence n'est pas souvent identifiée par les parents, les enseignants, et les médecins, parfois avec de tragiques conséquences. Hannah Modra, une brillante étudiante de 17 ans, a confié ses symptômes dépressifs récemment apparus dans son journal intime. Bien que sa famille bienveillante et bien éduquée ait réalisé que quelque chose n'allait pas, ils n'ont pas compris ce qui se passait, et à quel point c'était potentiellement grave. Des mots de sa mère:

« Je pouvais voir que quelque chose n'allait pas complètement bien concernant Hannah, mais je n'avais aucun indice. Je ne savais pas ce que c'était et ce que je devais ou pouvais faire pour elle. Et donc, le 29 janvier j'ai dit, « Tiens, pourquoi est-ce que je ne t'emmènerais pas voir le médecin ? » Le médecin ne la connaissait pas vraiment. Hannah n'en a pas plus dit, elle était juste assise là. Et le docteur a probablement pensé que chez une fille de cet âge, vous savez, c'est souvent quelque chose qui a à voir, vous savez, à un déficit en fer ou une anémie. Donc elle est repartie et a fait sa prise de sang et ensuite nous sommes rentrées à la maison et Hannah a dit « Maman, je sais que cela n'a rien à voir avec mon sang ». Mais je n'en ai rien pensé de plus. Vous savez, peut-être que j'aurais pu lui dire, « et bien, Hannah, de quoi s'agit-il ? » vous savez, mais je ne l'ai pas dit. Je n'ai pas posé cette question, vous savez, et elle ne m'a pas donné de réponse. Et j'ai juste pensé qu'elle me disait « je vais bien » ».

Hannah, chez qui de manière rétrospective on retrouve clairement des symptômes de dépression, s'est donné la mort le lendemain (Australian Broadcasting Corporation, 2008)

[Cliquez sur l'image pour voir *The Girl Less Likely* \(30 minutes\), un excellent documentaire sur la dépression d'une adolescente.](#)



l'expression clinique puisse être strictement identique, certaines caractéristiques sont évocatrices d'un épisode dépressif inclus dans une pathologie bipolaire, comme des antécédents familiaux de trouble bipolaire, la présence de symptômes psychotiques ou catatoniques. Cependant, le diagnostic de trouble bipolaire ne peut pas être posé sans qu'il y ait l'histoire d'au moins un épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte non pharmacologiquement induit. Suspecter un trouble bipolaire engage à rechercher de manière plus approfondie des antécédents de symptômes maniaques ou hypomaniaque dans l'histoire clinique. La distinction unipolaire/ bipolaire est d'autant plus difficile à faire que les troubles bipolaires débutent souvent par un épisode dépressif dans l'enfance ou l'adolescence.

Troubles addictifs

Compte tenu de la fréquence de l'usage de substances psycho actives à l'adolescence, il est toujours important de savoir si les symptômes dépressifs sont secondaires à la consommation de substances comme les amphétamines, la cocaïne, le cannabis ou les solvants. Par exemple, le manque d'amphétamines peut se manifester (en particulier après des épisodes d'intense utilisation : « speed run ») par un tableau de dysphorie, de fatigue intense, de troubles du sommeil et de ralentissement psychomoteur (« crash ») qui peut être très proche de la dépression. Dans le cas de symptômes induits par une substance, ils disparaissent habituellement après quelques jours d'abstinence. Si les symptômes dépressifs persistent à distance des consommations ou précédaient le début des consommations de substances, on suspectera que l'épisode dépressif était présent et comorbide avec l'usage de substance.

Schizophrénie

Quand les adolescents présentent, en plus des symptômes dépressifs, des hallucinations ou des idées délirantes, il est important de distinguer le diagnostic de schizophrénie et celui de dépression psychotique. Les caractéristiques suggérant une dépression psychotique incluent une histoire familiale de dépression ou de troubles bipolaires, un début relativement brutal sans période prodromique, la présence d'hallucinations congruentes à l'humeur (par exemple, des voix disant au patient qu'il est mauvais ou qu'il devrait se tuer) ou des idées délirantes (par exemple, des idées de culpabilité, de pauvreté, de désastre imminent, la croyance pour une patiente qu'elle est une sorcière et a causé du tort aux autres). En dépit de ces différences, la distinction entre ces deux diagnostics peut-être difficile en pratique. Par exemple, il n'est pas rare que la dysphorie et l'incurie présentes lors de la phase prodromique d'une schizophrénie soit faussement diagnostiqués comme une dépression. Souvent, seule l'évolution permettra de résoudre la question diagnostique. Dans ce genre de cas, plutôt que de poser un diagnostic de dépression psychotique ou de schizophrénie, il est préférable de poser le diagnostic de « premier épisode psychotique » et de laisser à plus tard le diagnostic final, une fois que l'évolution de la maladie sera plus claire et que des informations supplémentaires pourront le confirmer.

TDAH et troubles des conduites disruptives

L'irritabilité et la démoralisation sont très fréquentes chez les enfants, particulièrement chez les enfants pré pubères, atteints de TDAH, de troubles oppositionnels ou de troubles des conduites, souvent dans un contexte de

Stigmatisation

“La peur de la honte et la fierté m'ont toutes deux gardé loin des traitements médicamenteux et des conseillers. Cependant, je pourrais être d'une grande aide à d'autres si j'essayais de sortir ces choses et de rapporter ce qui fonctionne et ce qui ne marchent pas avec le public. Tout le monde saurait que j'ai eu la faiblesse d'avoir une dépression mais je m'aiderais moi-même et les autres.” (Australian Broadcasting Corporation, 2008).

Les adolescents sont conscients de leur propre santé mentale et considèrent souvent la dépression comme un signe de faiblesse ou un manque de caractère. La stigmatisation rend le diagnostic et le traitement plus difficiles.

dysfonctionnement familial significatif, de pauvreté, de négligence, en famille d'accueil ou en institution. Dans ces cas, il est difficile d'établir si l'infléchissement thymique est le résultat de la situation critique dans laquelle se trouve l'enfant ou une manifestation clinique de la dépression. Si les symptômes répondent aux critères de dépression, un diagnostic comorbide de dépression (c'est-à-dire 2 diagnostics) est encouragé par le DSM. Le système de la CIM, de son côté, recommande de poser uniquement *un* diagnostic : « troubles mixtes des conduites et des émotions » ou « trouble des conduites avec dépression ». Actuellement, les avantages d'une approche par rapport à l'autre ne sont pas clairs, bien que des recherches montrent que les enfants ayant à la fois des problèmes de conduites et de dépression grandissent en ressemblant beaucoup plus aux enfants avec un trouble des conduites que ceux avec une dépression.

Troubles de l'adaptation avec humeur dépressive

Les cliniciens diagnostiquent souvent un trouble de l'adaptation quand le début des symptômes survient dans les suites d'un événement de vie significatif. Cette approche est valide uniquement si les symptômes dépressifs cliniquement significatifs ou le dysfonctionnement surviennent dans les 3 mois suivant un stress identifiable et ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif caractérisé ou d'un deuil. Dans le cadre d'un trouble de l'adaptation, les symptômes sont censés disparaître dans les 6 mois après la disparition des facteurs de stress.

Le *deuil* peut aussi se présenter comme un tableau clinique très proche de celui d'un épisode dépressif mais le diagnostic d'épisode dépressif ne devrait pas être posé à moins que les symptômes soient sévères et invalidants (culpabilité persistante et inadaptée, préoccupation morbide avec sentiment d'inutilité, retentissement fonctionnel significatif) ou persistent sur une longue période (plus de 2 mois, bien qu'il y ait un large éventail de différences selon les cultures).

ECHELLES D'ÉVALUATION

Il y a de nombreuses échelles de dépression pour l'enfant et l'adolescent. L'*échelle d'Hamilton* pour la dépression remplie par le clinicien est la plus largement utilisée pour évaluer la dépression chez l'adulte. Elle est beaucoup moins utilisée chez l'enfant et l'adolescent. La « *Children's Depression Rating Scale* » (CDRS) (Potznanski & Mokros, 1996), aussi effectuée par le clinicien, a en revanche été spécifiquement développée pour le jeune. Cette échelle a été utilisée dans les principaux essais thérapeutiques comme dans TADS (Curry et al, 2010). Il y a aussi des hétéroquestionnaires à visée diagnostique, comme le *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (CAPA) (Angold & Costello, 2000) qui sont principalement utilisés dans les recherches cliniques.

Les échelles les plus largement utilisées sont des autos questionnaires, la plupart du temps remplis par l'enfant, les parents et les enseignants. Sachant que les échelles ne peuvent plus être utilisées de manière valide pour poser un diagnostic – ce dernier requérant l'évaluation en consultation par un clinicien compétent, et de manière optimale des informateurs clés – elles sont la plupart du temps utilisés à des fins de dépistage (par exemple dans les écoles ou dans les populations considérés comme étant à risque) ou pour évaluer la réponse à un traitement au cours de l'évolution. Au fur et à mesure du temps, elles ont été modifiées pour être complétées par le jeune lui-même en utilisant des ordinateurs, des smartphones, et

Virage maniaque

Le taux de virage maniaque ou hypomaniaque chez les jeunes présentant une dépression est plus élevé que chez les adultes. Certains chercheurs affirment que cela peut atteindre des taux aussi élevés que 40%. Cependant, dans le suivi à 5 ans mené par le TADS, seuls 6% avaient développé une pathologie bipolaire après 5 ans (Curry et al, 2010). On pourrait conclure de cette étude et d'autres que le trouble bipolaire ne survient que chez 10% des adolescents déprimés. Les taux pourraient être plus élevés s'il y a un antécédent familial de trouble bipolaire et chez les enfants qui font un virage maniaque sous traitement antidépresseur.

des applications pour tablette (Stevens et al, 2008).

Par ailleurs, l'utilisation d'auto questionnaires semble être moins pertinente chez l'enfant pré pubère que chez l'adolescent. L'impact des nouvelles technologies, comme celles des téléphones portables, n'a pas encore été complètement exploité et leur utilité pourrait s'accroître. La majorité de ces échelles fait l'objet de droits et est coûteuse mais aucune n'a montré clairement une supériorité par rapport aux autres. La table E.1.6 liste certaines des échelles qui sont libres de droit pour l'usage clinique ; certaines sont valides dans différentes langues.

TRAITEMENT

Il est nécessaire de viser haut en ayant pour objectif d'obtenir une rémission complète des symptômes et un retour au niveau de fonctionnement pré morbide (*guérison*). Se contenter d'un résultat moindre ne permet pas une prise en charge optimale car la persistance de symptômes dépressifs augmente le risque d'un moins bon fonctionnement psycho social, de conduites suicidaires et d'autres problèmes (par exemple abus de substance), autant que le risque de rechute et de récurrence.

Dans la plupart des cas, il fait partie des bonnes pratiques d'impliquer les parents du jeune dans les processus d'évaluation et de prise en charge (par exemple dans les discussions concernant les choix thérapeutiques possibles et le rapport bénéfices-risques), mais leur degré d'implication dépendra de l'âge du jeune, de son stade de développement, de leurs souhaits et des circonstances, et de la culture du pays. Prendre du temps pour favoriser cette implication renforcera la relation thérapeutique, favorisera la compliance et le devenir. Il est toujours recommandé de réévaluer régulièrement la sévérité de la dépression en utilisant des échelles (par exemple, une de celles listées dans la table E.1.6). Le risque suicidaire devrait aussi être évalué régulièrement et non uniquement lors du premier rendez-vous, en raison de l'évolution fluctuante de ce risque au cours du temps.

L'*attente vigilante* est une stratégie de prise en charge où l'on s'autorise à observer l'évolution pendant un certain temps avant de décider d'un éventuel traitement. L'attente vigilante est souvent préconisée dans les cas où l'évolution la plus probable est une résolution spontanée ou alors lorsque les risques des traitements sont supérieurs aux bénéfices attendus (par exemple pour le cancer de la prostate). L'un des éléments essentiels est d'en expliquer les règles de manière très explicite afin d'assurer une transition progressive à un moment donné vers une autre forme de prise en charge si nécessaire. Les recommandations de la National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2005) introduisent l'attente vigilante comme une stratégie « pour les enfants et les jeunes présentant un diagnostic de dépression d'intensité modérée ne souhaitant pas d'intervention ou qui, selon l'opinion d'un professionnel de santé, pourrait évoluer favorablement sans intervention. Il est alors recommandé d'organiser une évaluation ultérieure, normalement dans les 2 semaines ».

Thérapie de Soutien

Les paramètres pratiques de l'American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) indiquent que plutôt que de proposer des traitements médicamenteux « il est raisonnable, chez un patient avec une dépression modérée ou brève, un dysfonctionnement psychosocial moyen, et l'absence de signe clinique significatif de suicidalité ou de psychose, de débiter le traitement avec l'éducation,

Tableau E.1.6. Sélection d'échelles d'évaluation des symptômes dépressifs appartenant au domaine public et libres de droits disponibles pour l'utilisation clinique.

Echelle	Evaluateur	Commentaires
CES-DC: Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (Faulstich et al, 1986)	autoévaluation, parents, (enfants, adolescents)	<ul style="list-style-type: none"> ce sont des questions qui mesurent spécifiquement les symptômes dépressifs (en opposition à la souffrance)
MFQ: Mood and Feelings Questionnaire (Angold et al, 1995)	autoévaluation, parents, enseignants (enfant, adolescents)	<ul style="list-style-type: none"> gratuit pour la l'usage en clinique ou en recherche, avec accord préalable
DSRS: Depression Self-Rating Scale (Birlerson, 1981)	autoévaluation, (enfant, adolescents)	<ul style="list-style-type: none"> disponible en différentes langues peu d'études
KADS: Kutcher Adolescent Depression Scale (Brooks et al., 2003)	autoévaluation (adolescents)	<ul style="list-style-type: none"> deux versions avec respectivement 6 et 11 items l'échelle KADS à 6 items est conçue pour être utilisée en institution (comme dans les écoles ou en soins de première ligne) où il peut être utiliser afin de dépister les jeunes à risque de dépression ou par des soignants formés (comme les infirmières de santé publique, les médecins de soins primaires) ou des éducateurs (comme les conseillers en guidance) pour faciliter l'évaluation des jeunes qui sont en souffrance ou qui ont été identifiés comme pouvant avoir un trouble psychique. Couramment disponible en anglais, français, chinois, allemand, espagnol, portugais, coréen, et polonais l'échelle KADS à 11 items est disponible en anglais, portugais et turque.
PHQ-A: Patient Health Questionnaires-Adolescent (Johnson et al, 2002)	autoévaluation (adolescents)	<ul style="list-style-type: none"> Un court questionnaire développé dans le package PRIME-MD fondé par Pfizer.
SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire (Goodman et al., 2000)	autoévaluation (adolescent), parents, enseignants	<ul style="list-style-type: none"> mesure la psychopathologie de manière globale mais un sous-score peut être utilisé pour évaluer le risque de dépression raisonnablement sensible et spécifique lorsqu'on évalue une « probable » pathologie dépressive Peut être renseignée par le jeune en ligne et donner un retour immédiat sur le site http://www.youthinmind.info:UK/sdqonline/Self/StartSelf.php

Cliquez sur l'image pour accéder aux recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) (2005).



le soutien, et une prise en charge individualisée en lien avec les facteurs de stress environnementaux dans la famille et à l'école. Une réponse devrait être observée après 4 à 6 semaines de thérapie de soutien. ». Ceci étant, l'éducation, la prise en charge individuelle – thérapie de soutien – est une option de traitement valide, très souvent utilisée en pratique mais pour laquelle il y a peu de recherches.

De nombreux patients recherchent de l'aide dans les suites d'une crise (par exemple une tentative de suicide) ; dans ces circonstances chargées fortement en émotion, les symptômes tendent à être exacerbés. Traiter la crise elle-même est parfois suffisant pour apaiser la dépression perçue, en particulier lors des soins de première ligne. Débuter la prise en charge, en voyant l'adolescent – et ses parents aussi si possible – deux à trois fois, permet une évaluation plus approfondie du trouble et des facteurs de maintien et, de discuter des options de traitement, des risques et des effets secondaires de manière plus détaillée. Ainsi, la prise en charge associant soutien/attente vigilante est une stratégie utile quand le risque suicidaire est peu élevé et la dépression non sévère.

Interventions psychosociales

Les interventions psychosociales (résumées dans la Table E.1.7), en particulier les thérapies cognitives et comportementales (TCC) et la thérapie interpersonnelle (TIP), apparaissent efficaces dans le traitement de la dépression légère à modérée. Cependant le nombre et la qualité des études examinant ces thérapies spécifiques sont limités. Le nombre optimal de séances de TCC et de TIP n'est pas connu. La plupart des études rapportent avoir utilisé des sessions hebdomadaires d'une heure pendant 8 à 16 semaines, bien que des sessions supplémentaires puissent améliorer le devenir et réduire le risque de récurrence. En pratique, le nombre de sessions doit être ajusté aux besoins du patient, à la sévérité de la pathologie et à d'autres facteurs significatifs.

Bien que les antidépresseurs obtiennent de meilleurs résultats à court terme, les différences de résultat entre les diverses interventions psychosociales et les traitements antidépresseurs tendent à disparaître après 24 à 36 semaines (TADS Team, 2007). La qualité du thérapeute (thérapeutes expérimentés versus para-professionnels) autant que la force de l'alliance thérapeutique influencent de manière notable la réponse dans toutes les psychothérapies.

Thérapie cognitive et comportementale (TCC)

La TCC est basée sur l'hypothèse selon laquelle l'humeur dépressive est associée à un comportement et des pensées spécifiques de l'individu. Changer le comportement et les patterns cognitifs peut conduire à réduire le sentiment dépressif et améliorer le fonctionnement. Les individus sont exposés à divers facteurs de stress et y répondent automatiquement avec des émotions ; chez les adolescents déprimés, ces réponses automatiques sont excessivement négatives au regard de la réalité – souvent cataclysmiques : « personne ne m'aime », « je ne suis bon à rien ». Ces pensées dépressives et les actions consécutives les font se sentir encore plus mal, générant souvent un cercle vicieux : des sentiments malheureux conduisent à des pensées et des comportements excessivement négatifs. L'objectif du traitement est d'inverser ce cercle vicieux en apprenant (a) que les sentiments, les pensées, et les actions de chacun sont interconnectées, et (b) en développant des stratégies pour augmenter les patterns positifs de comportement et de pensées, ce

Les objectifs du traitement sont:

- réduire les symptômes et le dysfonctionnement au minimum
- réduire la durée l'épisode dépressif et
- prévenir le risque de récurrence

[Cliquer sur l'image pour accéder à l'American Academy of Child & Adolescent Psychiatry practice parameter on depressive disorders \(2007\).](#)



qui conduit à amener plus de sentiments positifs (Langer et al., 2009).

Le *premier* objectif de la TCC est d'aider les patients à identifier les liens entre l'humeur, les pensées et les activités de leur vie (par exemple parler à des amis au téléphone conduisant à une amélioration de l'humeur) et de remettre en question certaines de leurs croyances négatives ; dans le même temps, le nombre d'activités est augmenté en usant de stratégies comme le fait de planifier des activités agréables. De manière optimale, cela requiert d'utiliser un journal de l'humeur (voir Figure E.1.1). Un *autre* objectif est d'aider les patients à différencier les pensées utiles et inutiles, afin de développer des stratégies générant plus de pensées utiles, et le mettre en application en utilisant ces pensées utiles en réponse à des situations stressantes (remédiation cognitive). Le *troisième* objectif est d'équiper les jeunes avec des compétences leur permettant de construire et maintenir les relations, souvent minées par la dépression, en s'entraînant aux habiletés sociales, à la communication et l'affirmation de soi.

Thérapie interpersonnelle (TIP)

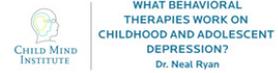
Les psychothérapies interpersonnelles mettent en avant l'importance des relations interpersonnelles et le fait que les personnes éprouvent une détresse lorsque des ruptures surviennent dans leurs attachements significatifs. Il en résulte une perte du support social qui cause ou maintient des sentiments dépressifs. Les thérapeutes TIP n'explorent pas le passé des adolescents, ils ciblent plutôt leur attention sur d'éventuels conflits interpersonnels, ciblant les compétences des adolescents déprimés afin d'améliorer leurs relations (Mufson et al, 2009).

La TIP a beaucoup de points communs avec la TCC. Par exemple les buts sont de faire le lien entre les fluctuations thymiques et les événements de vie interpersonnels survenant au cours du temps, pour proposer une psychoéducation de la dépression, et pour encourager la participation à des activités agréables (en particulier à l'école) comme le développement de moyens pour se sentir mieux. Cependant, dans la TIP, la focalisation se fait sur les questions interpersonnelles (par exemple en examinant et modifiant les patterns de communication et les interactions interpersonnelles désadaptées) et apprend aux adolescents comment les gérer de manière constructive.

Depuis peu, les techniques de Pleine Conscience sont souvent associées aux programmes de TCC et de TIP avec la preuve croissante de leur efficacité dans le traitement de la dépression et dans la prévention des rechutes dépressives. La Pleine Conscience est une technique consistant à demander au patient de se concentrer sur le moment présent en étant attentif et réceptif, avec calme, à ses ressentis, à ses pensées et à ses sensations corporelles. Cliquez sur le lien suivant pour accéder à des exercices quotidiens de Pleine Conscience.

Traitement médicamenteux

Les traitements antidépresseurs et leur efficacité sont résumés dans la Table E.1.8. Les antidépresseurs sont une arme importante dans le traitement de la dépression du jeune, cependant de nombreux antidépresseurs, efficaces chez les adultes, ne le sont pas chez les jeunes (par exemple les antidépresseurs tricycliques) ou bien sont trop risqués pour les utiliser dans cette classe d'âge (par exemple les IMAO) – soulignant qu'on ne peut pas généraliser à l'enfant et l'adolescent les données empiriques mises en évidence dans les études sur les traitements chez



[Cliquer sur l'image pour voir une brève description de TCC et TIP par Neal Ryan MD.](#)



[Cliquez sur l'image pour voir un clip expliquant la pleine conscience \(18:05\)](#)

l'adulte. L'effet placebo est plus important chez l'enfant et chez l'adolescent que chez l'adulte, la sévérité de l'épisode dépressif en cours est un important facteur à prendre en considération : les antidépresseurs ne sont pas plus efficaces que le placebo dans la dépression légère mais le sont plus quand la dépression est sévère.

Un aspect clé dans la prescription et l'obtention du consentement éclairé est de discuter avec le patient, et sa famille, si cela est approprié, des raisons de la prescription médicamenteuse, des effets secondaires potentiels (incluant l'apparition ou l'augmentation de pensées suicidaires, la nervosité, l'agitation, l'irritabilité, l'instabilité de l'humeur), le besoin de prendre des médicaments conformément à la prescription, et les délais d'action des antidépresseurs (afin d'atténuer les attentes d'un résultat immédiat). Les bonnes pratiques recommandent aussi de réévaluer le patient de manière hebdomadaire (en consultation ou au téléphone) au cours du 1er mois de prescription médicamenteuse. Ces réévaluations permettent d'intensifier le soutien et de surveiller les effets secondaires ainsi que la réponse attendue (par la passation à chaque visite d'une échelle de la dépression).

Sous-traiter – c'est-à-dire ne pas mettre suffisamment de traitement ou pas suffisamment longtemps – est une erreur habituelle dans la pratique médicale. Cependant, il est important de débiter avec une dose minimale, l'augmentation de la dose se fera ensuite progressivement jusqu'à ce que les symptômes diminuent ou que les effets secondaires apparaissent en gardant à l'esprit qu'il y a de nombreuses variations interindividuelles.

Tableau E.1.7. Résumé des preuves de l'efficacité des thérapies psychosociales pour la dépression unipolaire.

Traitement	Commentaires
Thérapie cognitive comportementale (TCC)	<ul style="list-style-type: none"> Certaines études prouvent que la TCC individuelle (8 à 16 séances hebdomadaires d'une heure) est efficace à court terme. Les différences entre la TCC et les traitements médicamenteux disparaissent habituellement après 12 mois.
Thérapie interpersonnelle (TIP)	<ul style="list-style-type: none"> Il est prouvé que la thérapie interpersonnelle est efficace à court terme.
Psychothérapie psychodynamique (psychanalytique)	<ul style="list-style-type: none"> Très peu d'études mais quelques-unes montreraient que cela pourrait être efficace. Requiert une plus longue durée de traitement (ex. 1 an)
Thérapies familiales	<ul style="list-style-type: none"> Plus efficaces que l'absence de traitement. Il n'est pas clair qu'elles puissent être plus efficaces d'autres traitements. Pourrait être particulièrement utile en cas de conflit familial ou de dysfonctionnement familial.
Thérapies de groupes (la plupart du temps fondées sur les TCC)	<ul style="list-style-type: none"> Les preuves sont limitées et les résultats contradictoires. La plupart du temps utilisée comme intervention préventive chez les individus à risque.
auto-thérapies (relaxation, prospectus éducatifs ou livres, groupes de soutien)	<ul style="list-style-type: none"> Les données sont limitées et les résultats contradictoires. L'intérêt est grandissant concernant les auto-thérapies délivrées sur internet basées sur les TCC mais peu de preuves de leur efficacité existent jusqu'à présent. La psychoéducation fait habituellement partie intégrante du traitement clinique.

Figure E.1.1. Exemple d'un agenda de l'humeur complété

		LUNDI	MARDI	MERCREDI	JEUDI	VENDREDI	SAMEDI	DIMANCHE
HUMEUR	AM	2	1	4	1	3	6	5
	PM	4	3	2	2	5	6	7
ACTIVITES	AM	école, ai été moqué	école, mauvaise note, n'ai pas pu faire le travail en maths	école, ai passé du temps avec un ami	école, me suis fait prendre en train de fumer ; retenue	école	me suis endormi, ai joué au tennis	ai rendu visite à grand-mère à l'hôpital
	PM	jeux vidéo, emmener le chien se promener	jeux vidéo, devoirs	jeux vidéo, dispute avec ma sœur	jeux vidéo, dispute avec ma mère	suis allé voir un film avec mes amis	ai aidé papa au jardin	ai rendu visite un bon copain, emmené le chien se promener

Ecrire les principales activités de chaque jour (matin et après-midi) et coter votre humeur de 0 (très malheureux) à 5 (ni joyeux, ni malheureux), à 10 (très heureux). Utiliser toute la gamme de scores

Effets secondaires des traitements médicamenteux

Etant donné que les ISRS sont les principaux traitements antidépresseurs prescrits chez le jeune (les autres antidépresseurs sont rarement utilisés chez le jeune), seuls les effets secondaires des ISRS seront discutés ici. Dans le cas des tricycliques, les effets secondaires anticholinergiques et la toxicité cardiaque sont les principaux effets secondaires, tandis que les crises hypertensives sont le risque principal des IMAO.

Suicidalité

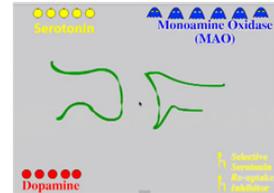
Il a été suggéré que les ISRS pouvaient induire, paradoxalement, un comportement suicidaire chez le jeune. Vérifier la véracité de cette proposition n'est pas aisé car la dépression augmente en elle-même le risque de suicide. Jusqu'à ce jour, les données sont contradictoires. D'un côté, les études pharmaco-épidémiologiques et écologiques suggèrent que l'augmentation de l'utilisation des ISRS a pu conduire non pas à une augmentation mais plutôt à une diminution des suicides chez les jeunes. D'un autre côté, une méta-analyse réalisée par la FDA d'essais contrôlés avec plus de 4400 enfants et adolescents montre une augmentation significative même si faible (2%) de l'incidence de la suicidalité à court terme (pensées suicidaires, tentatives de suicide) chez les jeunes recevant des antidépresseurs, la plupart du temps il s'agissait d'ISRS, comparés au placebo. Il n'y avait pas de suicide abouti. Cela a conduit à ce que la FDA et les instances régulatrices d'autres pays émettent des mises en garde vis-à-vis de ce risque. Les

Une séance typique de TCC commence par l'établissement en collaboration d'un programme pour la session, l'examen des devoirs de la semaine précédente, l'enseignement et la pratique des compétences cognitivo-comportementales courantes, abordant les crises et questions qui sont survenues dans la vie du jeune au cours de la semaine précédente, aidant les jeunes à résumer les compétences qu'ils ont apprises au cours de la session, et en donnant des exercices pratiques/ devoirs à réaliser. (Langer al, 2009)

Aider les adolescents à résoudre leurs problèmes avec une méthode structurée

1. « Quel est le problème? » - Demander à l'adolescent de l'écrire.
2. Lister des solutions possibles – réfléchir tous azimuts et lister toutes les solutions possibles. L'adolescent doit écrire toutes les solutions qu'il trouve sans penser à les évaluer (c'est-à-dire, à la fois les bonnes et mauvaises solutions).
3. Prendre chaque solution possible sur la liste et réfléchir sur les avantages et les inconvénients.
4. Demander à l'adolescent de choisir la meilleure ou la plus pratique des solutions.
5. Travailler sur la façon de mettre en œuvre la meilleure solution et les ressources nécessaires. Il est possible si besoin de répéter les étapes difficiles avec l'adolescent.
6. Une fois que l'adolescent a réalisé la solution choisie, reprendre ce qui s'est déroulé et le féliciter de ses efforts. Si la solution ne fonctionne pas, reprendre les étapes au début et trouver une solution alternative

Cliquer sur l'image pour voir comment marchent les ISRS et les IMAO



mécanismes qui sous-tendent ce phénomène ne sont pas clairs. Les ISRS peuvent induire une akathisie, de l'agitation, de l'irritabilité et de la désinhibition. Comme les autres antidépresseurs, les ISRS peuvent aussi induire un virage maniaque.

Au vu de ces données, il est nécessaire que les patients soient informés de ce risque et que les cliniciens mettent en place des stratégies de surveillance, comme de réévaluer de manière hebdomadaire le risque suicidaire lors du 1er mois du traitement, et proposer une éducation thérapeutique au patient et à sa famille afin de détecter des changements de comportement (par exemple l'agitation) lorsqu'un traitement est débuté pour la première fois.

Autres effets secondaires

Les ISRS sont aussi associés à un taux élevé d'agitation, d'akathisie, de cauchemars et de troubles du sommeil, de problèmes gastro-intestinaux, de prise de poids, de dysfonctionnement sexuel (diminution de la libido, difficulté à l'éjaculation, ou impuissance) et d'augmentation du risque de saignement. La plupart de ces effets secondaires sont dose-dépendant et peuvent être contrôlés par la réduction de dose. Plus récemment, il a été mis en évidence que les traitements par ISRS augmentaient légèrement le taux de malformations congénitales, en particulier cardiaques. Ainsi, doivent-ils être évités durant les premiers mois de grossesse.

En fonction de la demi-vie spécifique de chaque ISRS, l'interruption brutale du traitement ou l'oubli de plusieurs doses peut induire des symptômes de sevrage, aussi appelé *syndrome de discontinuité*, incluant : nausées, maux de tête, sensations de malaise, et symptômes pseudo grippaux (rare avec la fluoxétine, très fréquents avec la paroxétine). L'arrêt brutal peut aussi augmenter le risque de rechute ou de récurrence.

L'utilisation d'antidépresseurs au cours de la grossesse

L'utilisation d'ISRS (les autres classes d'antidépresseurs ne sont généralement pas recommandées chez le jeune) au cours de la grossesse est une question importante vues les données de la littérature rapportant une association entre ISRS et risque tératogène, fausse couche spontanée, menace d'accouchement prématuré, petit poids de naissance et hypertension artérielle pulmonaire. Ces

Tableau E.1.8. Résumé des preuves de l'efficacité des antidépresseurs dans la dépression unipolaire.

Traitement	Commentaires
<ul style="list-style-type: none"> • Antidépresseurs Tricycliques : Amitriptyline, clomipramine, desipramine, dosulepine, doxepine, imipramine, lofepramine, nortriptyline, protriptyline, trimipramine • Antidépresseurs Tétra cycliques: Amoxapine, maprotiline, mianserine, mirtazapine 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune preuve d'une supériorité par rapport au placebo pour aucun d'eux, particulièrement chez les enfants pré-pubères • Effets secondaires importants (anticholinergiques, allongement du QT) • Toxicité (cardiaque) en cas de surdosage (à l'exception de la mirtazapine) • Doivent être évités chez les enfants et les adolescents
<ul style="list-style-type: none"> • Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS): <ul style="list-style-type: none"> – citalopram – escitalopram – fluoxétine – fluvoxamine – paroxétine – sertraline 	<ul style="list-style-type: none"> • En tant que classe thérapeutique, les ISRS sont plus efficaces que le placebo, en particulier chez les adolescents souffrant de dépression sévère • Peu d'effets secondaires, mais peuvent augmenter la suicidalité • La fluoxétine est l'ISRS le mieux étudié et a la meilleure preuve de son efficacité. Approuvé par la FDA et l'EMA * pour les personnes âgées de 8 ans ou plus. • Sertraline, le citalopram, l'escitalopram: moins de preuves solides de leur efficacité, ces molécules peuvent être efficaces chez les patients qui n'ont pas répondu favorablement à la fluoxétine (Brent et al, 2008). L'utilisation de l'escitalopram a été approuvée par la FDA dans la prise en charge de la dépression des adolescents • Paroxétine: ne semble pas être efficace chez les jeunes et montre plus d'effets secondaires que les autres ISRS. Demi-vie courte induisant facilement un syndrome de sevrage; utilisation non recommandée.
<ul style="list-style-type: none"> • Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradréline (ISRN): Venlafaxine, desvenlafaxine, duloxétine, milnacipran, Levomilnacipran 	<ul style="list-style-type: none"> • Une étude a montré que la venlafaxine était aussi efficace que les ISRS chez les patients souffrant de dépression résistante, mais a plus d'effets secondaires (Brent et al, 2008). Non recommandé chez les jeunes. • Aucune preuve cohérente pour les autres ISRN.
<ul style="list-style-type: none"> • Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO): Isocarboxazid, moclobemide, phénelzine, selegiline, tranylcypromine, pirlindole 	<ul style="list-style-type: none"> • Aucune preuve de leur efficacité chez le jeune • Risque important d'effets secondaires du fait de la non-conformité avec les restrictions alimentaires • Doivent être évités chez les enfants et les adolescents
<ul style="list-style-type: none"> • Autres antidépresseurs: agomelatine, buspirone, nefazodone, vilazodone, vortioxétine. 	<ul style="list-style-type: none"> • La preuve de l'efficacité des autres antidépresseurs n'a pas été apportée pour cette classe d'âge..

*EMA: European Medicine Agency. Agence Européenne du Médicament.

Bénéfice des antidépresseurs et risque suicidaire

Pour tous les antidépresseurs, principalement les ISRS, une méta-analyse incluant 15 essais randomisés contrôlés sur la dépression a rapporté le nombre de jeunes qu'il est nécessaire de traiter pour obtenir un résultat positif (NNT), il varie de 4 (pour la fluoxétine) à 20 (pour la néfazodone), avec une moyenne de 10 pour l'ensemble des traitements (Bridge et al, 2007). Autrement dit, il faudrait traiter 4 jeunes déprimés avec la fluoxétine pour qu'un jeune s'améliore du fait du traitement (par opposition à d'autres facteurs tels que l'effet placebo ou le cours naturel de la maladie).

La même méta-analyse a rapporté le nombre de jeunes à traiter pour qu'apparaisse un préjudice (NNH) - défini comme l'apparition d'un comportement suicidaire - qui variait de 112 (à partir de 13 essais sur la dépression) à 200 (sur 6 essais concernant les TOC) et 143 (sur 6 essais relatifs aux troubles anxieux en excluant les TOC), avec une moyenne commune de 143. Ainsi, il faudrait traiter 112 adolescents déprimés avec des antidépresseurs pour qu'il y en ait 1 qui développe un comportement suicidaire attribuable au traitement. En somme, pour l'ensemble des indications, les bénéfices des antidépresseurs apparaissent nettement supérieurs aux risques d'idéations suicidaires/tentative de suicide.

Pharmacogénomique et traitement individualisé

Les antidépresseurs ont une efficacité modérée dans l'ensemble mais il existe une grande variabilité interindividuelle de réponse aux traitements. Les caractéristiques cliniques (ex. qu'il y ait ou non une mélancolie) n'apparaissent pas être pertinentes en tant qu'indicateur de la réponse aux antidépresseurs. La seule option disponible reste une démarche par essais-erreurs (ex. tenter un antidépresseur, s'il n'est pas efficace en essayer un autre), ce qui fait perdre du temps et est pénible.

Il est bien connu que lorsque les parents répondent bien à un certain traitement antidépresseur, les enfants sont également susceptibles d'être sensibles au même médicament. En conséquence, il y a intérêt croissant pour l'étude des variants génétiques (ex. transporteur de la sérotonine, transporteur de la noradrénaline) qui peuvent être associées à la réponse aux antidépresseurs. Cette situation est compliquée par le fait que les antidépresseurs sont métabolisés par des enzymes qui varient considérablement d'un individu à l'autre. Par exemple, le cytochrome P450 (CYP)2D6 joue un rôle dans le métabolisme de nombreux antidépresseurs mais il existe plus de 74 variants alléliques du gène CYP2D6 qui ont été découverts et leur nombre ne cesse d'augmenter. Des différences importantes existent dans le sein d'une population avec des métaboliseurs « lents », « intermédiaires », « ultrarapides », « extensifs ». La distribution de ces allèles varie aussi entre groupes ethniques. Les conséquences cliniques du polymorphisme de CYP2D6 peuvent être aussi bien la survenue d'effets indésirables des médicaments que l'absence de réponse. Il existe un espoir que le dépistage génétique puisse dans l'avenir permettre d'orienter le choix thérapeutique vers le bon antidépresseur pour un individu donné. Cela n'est pour l'instant pas encore possible.

résultats sont controversés avec un niveau faible de preuve, ce qui conduit à penser qu'une prescription bien menée d'ISRS est sûre. La plupart des recommandations énoncent donc que les ISRS peuvent être prescrits dans le traitement de la dépression majeure de la femme enceinte (hormis la paroxétine) quand les bénéfices sont estimés supérieurs aux risques, sachant que la dépression en elle-même comporte des risques. La paroxétine ne doit pas être utilisée sachant qu'elle est associée à la fois à des malformations majeures et à des anomalies cardiaques (Bellantuono et al, 2007. Bellantuono C, Migliarese G, Gentile S (2007). Serotonin reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of major malformations: A systematic review.

La réponse placebo et sévérité de la dépression

Un des aspects les plus déconcertants du traitement de la dépression est le taux élevé de réponse au placebo, estimé entre 50% et 60% dans des essais randomisés contrôlés (ERC) examinant le traitement pharmacologique de la dépression clinique chez les jeunes. Une revue des ERC a mis en évidence que la réponse au placebo était plus élevée chez les enfants que chez les adolescents, parmi ceux qui ont une dépression moins sévère, et augmente avec le nombre de centres participant à l'étude (Bridge et al, 2009). L'efficacité des antidépresseurs ne semble pas augmenter en fonction de la gravité mais la réponse placebo diminue. Autrement dit, si la réponse au placebo est similaire à celle d'un traitement médicamenteux en cas de dépression légère, elle est nettement inférieure aux médicaments dans le cas d'une dépression sévère. Par exemple, dans l'étude TADS, où les participants étaient sévèrement déprimés, à 12 semaines, 35% de ceux prenant le placebo avait répondu contre 61% de ceux traités par la fluoxétine. Des résultats similaires ont été rapportés chez les adultes. C'est l'une des raisons pour lesquelles les antidépresseurs ne sont pas habituellement recommandés en première intention dans la dépression légère.

Human Psychopharmacology, 22:121–128.

Traitements physiques

Les traitements physiques sont résumés dans la table E.1.9. Outre les traitements médicamenteux, plusieurs traitements physiques sont utilisés dans la prise en charge de la dépression des enfants et des adolescents. Parmi eux, l'électro-convulsivothérapie (ECT) est utilisée chez le jeune depuis une soixantaine d'année- décrite comme ayant parfois « sauvé des vies » -et a une place dans l'arsenal thérapeutique de la dépression. Cependant, il n'y a pas d'études contrôlées chez le jeune (du fait de problèmes éthiques) et il n'y a pas de consensus pour savoir quand les ECT doivent être utilisés, si cela peut être raisonnable de les proposer en traitement en début de prise en charge (ex. lorsque que les antidépresseurs ne sont pas tolérés), plutôt en dernier ressort, ou jamais.

Cela reflète largement l'attitude de chaque pays vis-à-vis des ECT, qui ont été sévèrement stigmatisés en raison de leur utilisation dans certains pays comme moyen de contrôle politique, d'une représentation négative par les médias, ou d'une utilisation abusive par certains psychiatres. Il en résulte que dans de nombreux pays, il existe des restrictions légales de son usage- certains pays (par exemple la Slovaquie) ont même interdit son usage. Plus récemment, la *stimulation magnétique trans-crânienne* (SMT) a été mise à l'essai chez les jeunes mais cela ne peut être considéré que comme un traitement expérimental à l'heure actuelle. Pour plus de détails voir Walter et Ghaziuddin, 2009. La *luminothérapie* a été utilisée dans la dépression saisonnière avec une certaine efficacité.

Traitement par des médecines alternatives et complémentaires

L'utilisation de médecines alternatives ou complémentaires (MAC) est répandue (voir Chapitre J.2). Par exemple, le moût de Saint John est l'un traitement antidépresseurs le plus communément prescrit chez l'enfant en Allemagne. De très nombreux traitements par MAC ont été recommandés ou utilisés dans la dépression mais presque aucun n'a fait la preuve de son efficacité, en particulier chez l'enfant et l'adolescent. Ceci est lié au fait que les remèdes des MAC sont moins soumis aux contraintes de sécurité et d'efficacité que lorsqu'il s'agit de la prescription de médicaments. Par exemple, ils ont une préparation moins standardisée, et sont plus sujets à la contamination, la falsification et à des dosages inadéquats, entre autres problèmes. Alors que les cliniciens reconnaissent l'intérêt des patients et des familles pour les thérapies des MAC, ils sont souvent gênés lorsqu'il s'agit de s'interroger à leur sujet, d'en discuter, ou de les recommander. Cependant, une évaluation clinique rigoureuse devrait inclure un questionnaire de routine à propos de l'usage des MAC. Une position ouverte, informée, du médecin traitant conduit souvent à la révélation, la reconnaissance des réticences et des croyances des patients, à une meilleure éducation et un avenir plus favorable pour les patients. Les traitements de médecine alternative sont résumés dans la Table E.1.10.

Toxicité

La toxicité-décès dû à une intoxication aiguë par un médicament unique, avec ou sans ingestion d'alcool associée- est plus faible pour les ISRS (1,3 décès par million de prescriptions) que pour les tricycliques (34,8) et les IMAO (20,0). Ce qui signifie que la toxicité des tricycliques est 27 fois plus élevée que celle des ISRS. Celle de la venlafaxine est relativement élevée (13,2)(Buckley & McManus, 2002).

PRENDRE EN CHARGE LES EPISODES DEPRESSIFS AIGUS

Episode dépressif unipolaire

- *Episode léger* : thérapie de soutien ou traitement psychosocial, si possible. S'il n'y a pas de réponse après 4 à 6 semaines : TCC, TIP ou

traitement médicamenteux.

- *Episode de sévérité moyenne* : thérapie de soutien ou traitement psychosocial, si possible. Dans certains cas, traitement médicamenteux (par ex. en fonction de la préférence du patient, pas de traitement psychosocial). Les traitements médicamenteux peuvent être utilisés aussi si le patient n'est pas amélioré après 4 à 6 semaines de thérapie de soutien ou de traitement psychosocial.
- *Episode sévère* : traitement psychosocial et traitement antidépresseur.
- *Dépression psychotique* : comme pour la dépression sévère mais en ajoutant un antipsychotique de deuxième génération.

Episode dépressif bipolaire (voir aussi Chapitre E.2)

Il y a peu de preuves valables pour orienter le traitement chez le jeune. Les recommandations sont donc extrapolées des données chez l'adulte (Frye, 2011).

-traitement initial (première ligne) est habituellement le carbonate de lithium ou la quiétiapine

-les traitements de seconde ligne peuvent être :

- (a) une association de lithium ou de valproate avec un ISRS
- (b) olanzapine et un ISRS, ou
- (c) lamotrigine.

Tableau E.1.9. Résumé des preuves de l'efficacité des traitements physiques pour la dépression unipolaire.

Traitement	Commentaires
Electro-convulsivo Therapie (ECT)	<ul style="list-style-type: none"> • l'ECT est rarement utilisée dans cette classe d'âge. L'efficacité serait comparable à celle retrouvée chez les adultes. • utilisée dans la dépression sévère lorsque d'autre traitement ont échoué ou lorsqu'ils ne sont pas tolérés. • l'ECT ne devrait pas être utilisée chez l'enfant pré-pubère excepté dans des circonstances extrêmes • peu d'effets secondaires, amnésie rétrograde étant le principal • fait l'objet de restrictions légales dans certains pays
Stimulation magnétique trans-crânienne (SMT)	<ul style="list-style-type: none"> • peu d'études, mais des premiers résultats prometteurs • traitement expérimental à l'heure actuelle • les effets secondaires sont généralement modérés et transitoires, la plupart du temps maux de tête et douleurs du cuir chevelu
Photothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • les données sont limitées, mais des études contrôlées mettent en évidence des résultats positifs • utilisée pour la dépression saisonnière. Certains suggèrent qu'elle pourrait aussi être efficace sur des troubles de l'humeur non-saisonniers (ex. chez les patients âgés) • peu d'effets adverstes

Syndrome sérotoninergique

Le syndrome sérotoninergique est un effet toxique potentiellement grave résultant d'un excès de sérotonine. Il a été observé dans les cas de surdosage de (a) une seule molécule (habituellement un ISRS), (b) une association entre deux médicaments qui augmentent les niveaux de sérotonine ou la transmission sérotoninergique (ex. inhibiteur de la monoamine oxydase ou moclobémine utilisés avec tout autre médicament qui inhibe la recapture de la sérotonine tels que les ISRS et certains antidépresseurs tricycliques), ou (c) en ne respectant pas les délais nécessaire à l'élimination adéquate du traitement précédent lors d'un changement d'antidépresseur. Les situations à risque sont la polymédication, l'utilisation de traitements en vente libre ou de médecine alternative comme le millepertuis, ou de drogues illicite comme l'ecstasy.

Les caractéristiques cliniques du syndrome sérotoninergique sont les suivantes :

- psychiques : confusion, agitation, hypomanie, hyperactivité, instabilité psychomotrice
- neuromusculaires : clonies (spontanées, ou induites ou oculaires), hypertonie, hyperréflexie, ataxie, tremblements (hypertonie et clonies sont symétriques, et plus franches dans les membres inférieurs au départ). Les clonies sont le signe le plus caractéristique de ce diagnostic.
- neurovégétatifs : hyperthermie, sueurs, tachycardie, hypertension, mydriase, bouffées de chaleur, frissons

Tableau E.1.10. Résumé des preuves de l'efficacité des traitements alternatifs pour la dépression unipolaire.

Traitement	Commentaires
Millepertuis (traitement de Saint John, hypericum)	<ul style="list-style-type: none"> nombreux ERC réalisés chez les patients adultes, la plupart souffrant de dépression légère. Résultats inconstants-des études plus larges et mieux construites avec des patients déprimés plus sévères montrent une absence d'efficacité plus souvent que les études plus petites avec des patients modérément déprimés. Données très limités pour les enfants. l'hypericum pourrait être aussi efficace que les antidépresseurs dans la dépression légère peu d'effets indésirables risque important d'interactions médicamenteuses avec de nombreux traitements prescrits du fait de l'activation du système du cytochrome P450
Acides gras Oméga-3	<ul style="list-style-type: none"> plusieurs ERC chez les adultes de qualité hétérogène mais peu chez les jeunes on ne sait pas encore s'ils sont efficaces effets secondaires rares et mineurs
S-Adénosyl Méthionine (SAME)	<ul style="list-style-type: none"> études de faible qualité montrant que les SAME pourraient avoir la même efficacité que les tricycliques chez l'adulte. Pas de preuve chez l'enfant
Activité sportive	<ul style="list-style-type: none"> Certains éléments de preuve d'un bénéfice spécifique dans la dépression légère de la personne âgée. Pas de preuve définie chez les jeunes

-Il n'y a pas de preuve que les antidépresseurs seuls (sans un thymorégulateur) sont utiles et ils ne sont pas recommandés en raison du risque de virage maniaque ou d'induction de cycles rapides.

-le lithium et le valproate doivent être évités chez la femme en âge de procréer (risque tératogène).

Quel antidépresseur ?

- le choix de l'antidépresseur doit être guidé par deux types de considérations : l'efficacité et l'innocuité. En tant que classe thérapeutique, les ISRS sont les plus sûrs des traitements antidépresseurs, parmi eux la fluoxétine est celui dont l'efficacité a été le plus prouvée dans cette classe d'âge.
- la réponse ou la non réponse ou les effets secondaires du traitement lors d'un épisode précédent vont influencer le choix du traitement pour l'épisode actuel.
- débuter avec 10mg de fluoxétine. Si c'est bien toléré, augmenter la dose à 20mg après 1 semaine ; 20mg est habituellement une dose suffisante pour l'enfant pré-pubère. Chez l'adolescent, il peut être nécessaire d'augmenter la dose jusqu'à 30 à 40mg s'il ne répond pas de manière adéquate à 20mg et que c'est bien toléré.
- si la fluoxétine n'est pas bien tolérée ou si pour d'autres raisons on ne peut pas l'utiliser, essayer un autre ISRS (par ex. sertraline ou escitalopram).

Durée de traitement

Il est largement accepté qu'interrompre le traitement précémment (ex. après 8 à 12 semaines), lorsque le patient commence à aller mieux, conduit souvent à une rechute. La sagesse clinique suggère que le traitement devrait être poursuivi au moins 6 mois après l'amélioration clinique. L'arrêt doit être progressif pour éviter le syndrome de sevrage ou les phénomènes de manque communs à tous les antidépresseurs, mais en particulier avec les ISRS qui ont une demi-vie courte.

Le patient ne s'améliore pas

La majorité des patients se rétablissent, l'amélioration se poursuit après 12 semaines avec le maintien du traitement. Par exemple, dans l'étude de suivi TADS, 88% ont guéri après 2 ans, et 96% à 5 ans (Curry et al, 2010). Cependant, ceci met aussi en évidence qu'une petite minorité de patients ne récupère pas (cf Figure E.2.2). Avant de considérer le patient comme *répondeur partiel, non répondeur, ou résistant au traitement*, il est impératif de rechercher tous les facteurs de risque potentiels qui auraient pu contribuer à une réponse moins efficace ; ils sont listés dans la Table E.1.11. Par exemple, la dépression d'un enfant ne s'améliorait pas, une évaluation ultérieure a mis en évidence que la mère était déprimée ; traiter la dépression maternelle a permis une amélioration de l'enfant dans le même temps. L'examen clinique d'un adolescent qui n'allait pas mieux a mis en évidence de courtes périodes de symptômes hypomaniaques et retrouvé l'antécédent d'un grand-père qui souffrait de trouble bipolaire ; un traitement par carbonate de lithium a conduit à une amélioration des symptômes.

L'un des points clé est de s'assurer que le patient a été traité avec un antidépresseur efficace à la dose appropriée (40mg de fluoxétine) et suffisamment longtemps (ex. 12 semaines). Un dosage inapproprié peut être lié à une mauvaise observance, volontaire ou accidentelle.

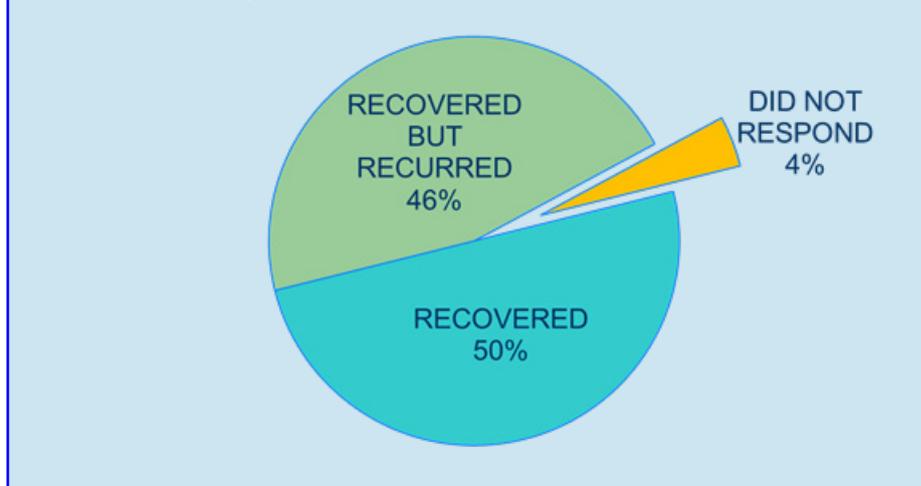
Résistance au traitement

En dépit de son importance, les données empiriques au sujet de la dépression résistante chez le jeune sont très limitées et il n'y a pas de consensus sur sa définition. Birmaher et ses collègues (2009) ont proposé la définition suivante : un jeune dont les symptômes dépressifs et le dysfonctionnement social persistent après 8 à 12 semaines d'un traitement pharmacologique bien conduit ou après 8 à 16 séances de TCC ou TIP et 8 à 12 semaines supplémentaires par un autre antidépresseur ou l'augmentation de la thérapie avec d'autres traitements ou d'autres thérapies validées. C'est-à-dire que la résistance aux traitements ne peut être diagnostiquée qu'après deux essais de traitements validés et bien conduits, avec une dose adéquate et pour une durée suffisante (ex. 12 semaines).

Une fois que la résistance au traitement a été confirmée, plusieurs options sont disponibles (en suivant la sagesse clinique et l'extrapolation des données chez l'adulte, bien qu'aucune ne soit soutenue par des preuves). Cela inclut l'optimisation, le changement, l'augmentation et les ECT. Un des aspects importants de la pratique est que les changements de traitements se fassent les uns après les autres, sinon on ne peut savoir quel changement a permis une amélioration.

Il y a peu de données empiriques qui peuvent nous guider dans le choix entre changement de traitement ou augmentation de dose. Ainsi il apparaît que changer la fluoxétine vers un autre ISRS ou la venlafaxine amène une réponse

Figure E.2.2 Récupération et récurrence : participants de l'étude TADS après 5 ans (Curry et al, 2010)



favorable chez un tiers des patients, de manière concordante avec les données concernant les adultes (Brent et al, 2008). Cependant, ceux traités par venlafaxine ont montré plus d'effets secondaires. Cela suggère que si changer le traitement est l'option choisie, le changement initial devrait se faire au profit d'un autre ISRS que la venlafaxine.

Dispositifs de soins

L'idéal serait que la plupart des jeunes déprimés puissent recevoir un traitement ambulatoire qui favorise le maintien de la scolarité, des liens familiaux, des relations sociales et limite la stigmatisation. L'hospitalisation peut se justifier lorsque la sécurité du patient ne peut pas être garantie (ex : haut risque de passage à l'acte suicidaire), lorsque la dépression est très sévère (ex : symptômes psychotiques sévères), ou qu'il y a une réponse insuffisante. Dans ce dernier cas l'admission en hospitalisation peut être envisagée dans le but d'évaluer les raisons précises de la non-réponse ou pour surveiller l'observance et les changements de thérapeutique de manière plus étroite.

DEPRESSION RECURRENTE

Il a déjà été souligné que la dépression du jeune était une pathologie qui tend à évoluer sur un mode récurrent. Dans le suivi TADS, par exemple, environ la moitié (47%) des sujets qui avaient récupéré, ont eu une rechute dans les 5 ans. Les adolescents qui ont eu une faible réponse au traitement à court terme, les filles, ceux avec un trouble anxieux comorbide ont plus de risque d'avoir un nouvel épisode. Cependant les taux de récurrence sont les mêmes quelque soit le traitement prescrit (ex : ceux qui ont reçu la combinaison fluoxétine/TCC n'ont apparemment pas obtenu de bénéfice supplémentaire)(Curry et al, 2010). Le traitement d'une récurrence devrait être le même que celui de l'épisode aigu. La fréquence des récurrences peut nécessiter le maintien d'un traitement par antidépresseur sur des durées plus longues.

Optimisation

augmentation du traitement à une dose maximale (médicamenteux ou psychothérapique) ou allongement de la durée du traitement. C'est la première stratégie à envisager lorsque les patients ne s'améliorent pas, sauf si le patient présente des effets secondaires ou qu'il est réticent à une poursuite du traitement.

Potentialisation

Ajouter un autre type de médicament (ex. lithium, une autre classe d'antidépresseur), ou, si cela n'est pas déjà le cas, en associant une psychothérapie TCC ou TIP.

Changement de

traitement peut être réalisé soit en arrêtant l'ancien traitement, soit en le diminuant progressivement tandis que le nouveau est mis en place graduellement. Cette modification peut être : (a) au profit d'une molécule différente de la même classe (ex. un ISRS pour un autre ISRS), (b) d'une molécule d'une autre classe d'antidépresseur (ex. un ISRS pour un IRSN), (c) ou d'une psychothérapie.

Tableau E.1.11. Facteurs associés à l'absence de réponse ou à une réponse partielle au traitement.

Patient	Famille	Environnement	Clinicien
<ul style="list-style-type: none"> jeune âge dépression sévère faible réponse à court terme fonctionnement pauvre troubles de l'appétit ou modification pondérale troubles du sommeil mauvaise observance thérapeutique comorbidité d'une affection médicale ou d'un autre trouble psychiatrique effets secondaires autres traitements médicamenteux (ex. stéroïdes) 	<ul style="list-style-type: none"> dépression maternelle manque d'alliance thérapeutique manque de fiabilité maltraitance, conflits psychopathologie (ex. drogues et alcool) 	<ul style="list-style-type: none"> harcèlement facteurs de stress école ou quartier dysfonctionnant groupe de pairs antisocial questions culturelle/ethniques 	<ul style="list-style-type: none"> erreurs diagnostiques traitement inapproprié (traitement non validé par des preuves scientifiques, dose inadéquate ou durée insuffisante) non-reconnaissance d'effets secondaires mauvaise qualité de l'alliance thérapeutique

TRAITER LA DÉPRESSION COMORBIDE AVEC D'AUTRES TROUBLES

Traiter la dépression du jeune comorbide avec d'autres troubles psychiatriques (ex : anxiété, TDAH) requiert une compétence particulière. On pourrait envisager d'atténuer les symptômes du trouble le plus sévère dans un premier temps en monitorant l'évolution symptomatique grâce à des échelles spécifiques, et non uniquement par des échelles de fonctionnement global :

- autant que possible commencer avec une monothérapie
- faire un seul changement de traitement ou ajout à la fois et le maintenir le temps suffisant pour la réponse et l'ajustement de dose
- un changement de traitement ne peut se justifier qu'après 4 à 8 semaines de traitement s'il n'y a pas ou peu de réponse en dépit d'une dose appropriée. S'il y a une réponse partielle, continuer le traitement en s'assurant que la dose est suffisante.
- si les symptômes persistent après l'administration de deux traitements validés, suivre le protocole des dépressions résistantes
- si l'utilisation d'association médicamenteuses est cliniquement justifiée (ex : pour traiter les comorbidités), on doit être vigilant et surveiller les possibles interactions.

Usage de substances

La dépression comorbide avec les abus de substance pose des défis particuliers et impliquer les parents de manière constructive dans ces efforts est

fondamental. Du fait de l'augmentation du risque de complications graves, mettre en place un plan de sécurité lors de la première évaluation de l'adolescent et avoir une vigilance accrue tout au long de la prise en charge est vraiment très important. Cela peut inclure l'éducation sexuelle afin d'éviter les conduites sexuelles à risque et les maladies sexuellement transmissibles, notamment le VIH, la contraception, et l'impact de la dépression et de l'abus de substance sur ces risques. Il est nécessaire de souligner que les drogues et l'alcool ne sont pas des *traitements* acceptables de la dépression, ils peuvent donner l'impression de soulager les symptômes dans le court terme, mais ils vont majorer la dépression à long terme.

Le traitement doit être intégré ; c'est-à-dire, mené de manière conjointe plutôt que séquentielle. Par exemple, il ne faut pas attendre l'abstinence de drogues pour commencer le traitement antidépresseur. Les psychothérapies comme la thérapie familiale, l'entretien motivationnel, la TCC peuvent aussi être suivies de manière concomitante.

Prendre en charge un patient avec un abus de substance peut nécessiter de demander des prélèvements en laboratoire comme des dosages urinaires de drogues de manière régulière. Dans ce cas on doit savoir à l'avance -habituellement après une discussion avec l'adolescent- qui on informera des résultats, dans quelles circonstances, et comment on utilisera cette information (voir Chapitre G.1, G.2 et G.3).

Dépression associée à un retard intellectuel

Il n'y a pas de données fiables sur la dépression de l'enfant présentant un déficit intellectuel (retard mental), cependant certains suggèrent que cela peut être plus fréquent que dans la population générale. Le jeune avec une déficience intellectuelle qui est déprimé se montre habituellement avec un visage exprimant de la tristesse ou du malheur, pleurant ou irritable, avec une perte d'intérêt pour les activités habituelles ou les intérêts stéréotypés, des troubles du sommeil ou de l'appétit, ceci en rupture avec son fonctionnement antérieur. La diminution de la prise alimentaire ou le refus de manger, des mouvements lents, une incurie, ou une catatonie sont évocateurs de dépression chez ceux qui sont le plus gravement handicapés. Les adolescents avec une déficience intellectuelle moyenne sont souvent capables de rendre compte de leur monde interne et de décrire leurs symptômes dépressifs comme la tristesse, la perte d'espoir, et les pensées suicidaires. Les informations données par les parents, les professionnels qui prennent en charge de l'enfant, les enseignants, et les travailleurs sociaux sont très importantes. La dépression est difficile à diagnostiquer et est sous-diagnostiquée dans cette population ayant une déficience intellectuelle.

Cela étant, il n'y a pas de preuve scientifique préconisant un traitement spécifique pour les enfants et adolescents présentant une dépression avec un retard intellectuel. La prise en charge est la même que pour ceux ne présentant pas de retard mental hormis les ajustements nécessaires (par exemple, les aspects cognitifs sont souvent peu adaptés). La question du consentement au traitement, en particulier pour les traitements invasifs (comme l'électro-convulsivothérapie) pose des problèmes particuliers chez ces patients.

Dépression associée à des pathologies somatiques

La dépression est fréquente chez les jeunes présentant une pathologie

Association traitement antidépresseur et TCC

L'étude TADS a montré que l'association d'un ISRS (fluoxétine) et d'une TCC permettait une meilleure évolution que fluoxétine ou la TCC seule. Les résultats chez les adultes déprimés suggèrent aussi qu'ajouter une TCC à un médicament antidépresseur donne de meilleurs taux d'amélioration. En conséquence, de nombreuses guidelines de traitement recommandent l'usage d'une association ISRS-TCC comme traitement de choix pour la dépression sévère du jeune.

Une méta-analyse (Dubicka B et al, 2010) a abordé la question de savoir si la TCC apportait un bénéfice supplémentaire par rapport au traitement antidépresseur chez l'adolescent présentant une dépression unipolaire. Les résultats montrent qu'il n'y a pas d'avantage de l'association antidépresseurs et TCC par rapport aux médicaments seuls concernant les symptômes dépressifs, la suicidalité et l'amélioration globale après un traitement en aigu ou lors du suivi ultérieur. L'efficacité du traitement combiné ne se traduirait que par une amélioration plus nette du dysfonctionnement à court terme (à 12 semaines). Ces résultats, par conséquent, remettent en cause la sagesse actuelle, mais nécessiterait d'être répliqués. Cependant, certains groupes spécifiques de jeunes peuvent bénéficier de cette association. Il apparaît de plus que la combinaison d'un traitement antidépresseur avec la TCC peut être plus efficace que d'autres interventions chez les adolescents qui n'ont pas bien répondu à un traitement médicamenteux bien conduit.

somatique chronique et cela impacte leur qualité de vie manière considérable. D'après Ortiz-Aguayo et Campo (2009) « plus que d'être juste une autre pathologie dont souffre l'enfant qui est physiquement atteint, la relation entre la maladie physique et la dépression est souvent complexe et bidirectionnelle. ». Par conséquent reconnaître et diagnostiquer la dépression chez un enfant présentant une pathologie chronique est souvent un défi car il y a un risque d'attribuer de manière erronée les symptômes de la pathologie somatique (par exemple la fatigue, un sommeil diminué ou une perte d'appétit) à un trouble de l'humeur et vice versa. L'évaluation des modifications du fonctionnement est essentielle.

Dans ces situations déjà prises en charge médicalement, le traitement de la dépression est identique à celui décrit pour les épisodes aigus, et le traitement médicamenteux est y particulièrement bien adapté. Malgré cela, ce dernier présente un certain nombre d'inconvénients comme l'augmentation du risque d'effets secondaires mais aussi d'interactions médicamenteuses, requérant donc une surveillance attentive. Par exemple, les ISRS peuvent augmenter le risque de saignement gastro-intestinal chez l'enfant présentant un trouble de la coagulation ou en association avec des anti-inflammatoire non stéroïdiens.

PERSPECTIVES TRANSCULTURELLES

Est-ce que tous les jeunes, au regard de leur culture, vivent l'expérience de la dépression et ses manifestations de manière similaire ou est-ce que cela varie en fonction du contexte culturel ? Il y a de nombreux obstacles pour répondre à cette question. Le manque de données épidémiologiques bien documentées à propos des troubles mentaux de l'enfant dans les pays en voie de développement en est une. En conséquence, la recherche est limitée, imprécise et doit composer avec les variations dans les différentes pratiques diagnostiques. Tandis que la prise en compte de la dimension culturelle dans l'évaluation, le diagnostic et le traitement de la dépression de l'enfant est nécessaire, il est difficile de distinguer ce qui relève du biologique, du culturel, et ce qui est dû aux différences entre les services. Par exemple, il a été suggéré que l'augmentation des taux de dépression chez l'enfant en Amérique du Nord et en Europe pourrait n'être que le reflet d'un seuil de diagnostic plus bas, de même que les taux plus élevés de suicide chez les jeunes femmes chinoises par rapport aux hommes, autant que sa faible association avec la dépression, semble être largement due à un accès facile aux pesticides et aux difficultés d'accès aux soins médicaux en urgence dans les communautés chinoises rurales. Bien qu'elles ne se rapportent pas spécifiquement aux symptômes dépressifs, mais plutôt aux problèmes comportementaux et émotionnels en général, les données valables suggèrent que les différences entre les groupes au sein d'une société sont bien plus importantes que les différences entre sociétés (Achenbach et al, 2008).

Il y a de nombreuses descriptions de cas concernant les différences culturelles dans la présentation de la dépression. Par exemple, les symptômes dépressifs en Afghanistan sont similaires à ceux que l'on retrouve dans d'autres pays mais en Afghanistan, la majorité des patients déprimés expriment leur souhait de mort de manière passive plus qu'ils n'expriment des pensées suicidaires actives. En dépit du fait que certains suggèrent que l'incidence élevée du sentiment de culpabilité dans les pays de l'ouest serait en lien avec l'influence de la religion judéo-chrétienne, lorsque différentes religions sont comparées, la présence ou l'absence

de sentiment de culpabilité est plus associée au niveau d'éducation et au degré de dépression qu'à la culture religieuse (Inal-Emiroglu & Diler, 2009). Les patients japonais ne décrivent pas la dépression de la même manière que les américains, tout comme leurs sentiments. Pour les japonais, les images concrètes de la nature permettent aux émotions personnelles d'être exprimées de manière impersonnelle ; en conséquence, il manque souvent une référence à leur vécu personnel quand ils expriment des émotions. Plus que par des sentiments de culpabilité ou une humeur déprimée, la dépression est fréquemment exprimée au travers de plaintes somatiques dans la population hispanique. Les médecins doivent être attentifs au fait que la dépression des jeunes hispaniques puisse se présenter sous la forme de maux de tête, de syndrome gastro-intestinaux ou cardiovasculaires ou de plaintes sur les « nerfs ». De nombreux chinois, quand ils sont déprimés, ne rapportent pas un sentiment de tristesse ; ils se plaignent d'ennui, d'un sentiment de pression intérieure, de douleurs, malaise, et fatigue. Ils trouvent souvent que le diagnostic de dépression est moralement inacceptable et n'a pas de sens.

OBSTACLES DANS LA MISE EN PLACE DE SOINS SCIENTIFIQUEMENT VALIDÉS DANS LES PAYS EN VOIE DE DEVELOPPEMENT

Il y a de nombreux obstacles au développement d'une médecine basée sur les preuves pour la dépression dans les pays en voie de développement (pour plus de détails, voir Inal-Emiroglu & Diler, 2009). Cela est un enjeu important car la proportion de jeunes de moins de 18 ans dans les populations des pays en voie de développement est plus élevée que dans les pays développés.

Les barrières à la prise en charge existent dans tous les pays mais encore plus dans ceux en voie de développement. Au-delà de la question concernant la capacité à financer les soins, la rareté des professionnels, incluant les auxiliaires de santé formés dans ce domaine, est un problème global. Il ne s'agit pas seulement du fait qu'il y a peu de psychiatres spécialisés dans l'enfant et l'adolescent mais aussi que la profession n'est pas formellement reconnue comme une spécialité dans de nombreux pays, et même dans certaines nations développées. Le nombre de pédopsychiatres par million d'habitant était estimé en 2006 à 21 aux Etats-Unis, 2,8 à Singapour, 2,5 à Hong Kong et 0,5 en Malaisie. A quelques exceptions près, le nombre de pédopsychiatres est négligeable dans la plupart des pays africains, de l'est méditerranéen, de l'Asie du Sud et du Pacifique Ouest. Cela s'applique aussi aux psychologues spécialisés dans les enfants, aux travailleurs sociaux et aux infirmières expérimentées dans ce domaine, ainsi qu'à la disponibilité des services. Ces manques sont souvent comblés par les figures religieuses (par exemple les prêtres, les imams) et les guérisseurs (voir Chapitre J.2). Dans de nombreux pays, même développés, il n'y a pas d'unité d'hospitalisation pédopsychiatrique.

Les pays d'Europe Centrale et de l'Est méritent une attention particulière. Ils comprennent 30 nouvelles démocraties avec une population aux alentours de 400 millions, qui ont évolué du régime communiste qu'ils avaient connu pendant 50 à 70 ans vers un gouvernement démocratique à la fin du 20ème siècle. Ces pays d'Europe Centrale et de l'Est avaient développé un système unique de soin en santé mentale guidée par l'idéologie soviétique, essentiellement tournée vers la prise en charge institutionnelle reflétant les politiques d'Etat basées sur l'exclusion sociale des groupes vulnérables. La solution habituelle était d'institutionnaliser les

D'après Kleinman (2004), "la culture déconcerte quant au diagnostic et à la prise en charge en influençant non seulement l'expérience de la dépression mais aussi la demande d'aide, la communication patient-thérapeute, et la pratique professionnelle. La culture affecte également l'interaction des facteurs de risque avec le support social et les facteurs de protection psychologiques qui contribuent à la dépression en premier lieu. La culture pourrait même pousser à créer des environnements distincts pour l'expression des gènes, et les réactions physiologiques, il en résulte une biologie locale de la dépression : la recherche montre déjà que les personnes issues de différents milieux ethniques métabolisent les antidépresseurs de façon distinctes."

enfants quand les familles étaient en crise ou si le développement des enfants posait problème. Ignorer l'influence des facteurs psychosociaux était la conséquence du fait de croire que les problèmes psychosociaux avaient été résolus grâce au système politique soviétique. Ces attitudes et structures changent progressivement (Puras, 2009).

Les connaissances des parents, enseignants et professionnels de santé ainsi que les attitudes vis-à-vis de la dépression peuvent conduire à retarder la demande de soins ou gêner l'adhésion aux recommandations médicales. En général, les connaissances concernant la dépression dans les pays en voie de développement sont limitées, les problèmes émotionnels étant perçus comme plus stigmatisants – un signe de faiblesse, contagieux – dans certaines cultures plus que dans d'autres. Cependant, la stigmatisation apparaît comme une barrière au traitement plus significative dans les pays à haut niveau de revenu que dans ceux avec un niveau plus bas. Les perceptions de la dépression sont souvent contradictoires. Par exemple, une étude a montré que les turques identifiaient la dépression comme une maladie, un vrai problème social, pouvant tout à fait être traitée avec des médicaments mais avaient peu de connaissances à propos de ces médicaments et traitements et doutaient de l'acceptation des patients déprimés par la société (Inal-Emiroglu & Diler, 2009). La formation au diagnostic et au traitement de la dépression des médecins de première ligne serait la meilleure manière d'améliorer les prises en charge. L'accès aux traitements psychosociaux dans les pays en voie de développement, en raison du manque de professionnels formés, ainsi qu'aux médicaments est très limité. La liste de l'OMS (2010) des traitements médicamenteux essentiels pour les patients en pédiatrie inclut uniquement la fluoxétine, pour les adultes, elle comporte seulement la fluoxétine et l'amitriptyline pour le traitement des troubles de l'humeur, le carbonate de lithium, la carbamazépine, et l'acide valproïque pour les troubles bipolaires. Moins de la moitié des pays dans le monde fournissent des subventions pour les traitements médicamenteux. Même si les médicaments sont prescrits, leur suivi est souvent inadéquat.

PREVENTION

L'objectif de la prévention est de diminuer le risque de développement des troubles et symptômes dépressifs dans une population (intervention *universelle*). Il y a d'autres interventions préventives sans doute plus utiles, par exemple l'intervention précoce auprès de personnes présentant des niveaux infra cliniques de symptômes dépressifs, ayant pour objectif de réduire ces symptômes et de prévenir le développement d'un épisode dépressif complet : de manière sélective (si les participants ciblés ont des facteurs de risque importants) ou prévention indiquée (quand ils ont déjà un niveau infra clinique de symptômes dépressifs). La Table E.1.3 liste les principaux facteurs de risque et leurs implications pour la prévention.

Globalement, les résultats des programmes de prévention sont contrastés. Les programmes ciblés (sélectifs et indiqués) montrent un effet de taille léger à modéré mais plus élevé que celui des programmes universels, qui se sont montrés largement inefficaces. Les programmes les plus efficaces sont basés sur la remédiation cognitive, la résolution des problèmes sociaux, les compétences de communication interpersonnelle, le coping, et l'entraînement à la confiance en soi

Les obstacles sont en lien avec :

- les ressources : personnels formés, services disponibles, coût
- questions culturelles : perceptions de la dépression, stigmatisation
- utilisation de médicaments

Projet CATCH-IT

Il s'agit d'un programme gratuit s'appuyant sur internet développé par l'université de Chicago. L'objectif est d'aider à enseigner la résilience aux adolescents et jeunes adultes à l'aide d'un modèle cognitivo-comportemental pour réduire les risques de développer une dépression. Les recherches initiales suggèrent que cela pourrait être efficace. Pour accéder au programme cliquer sur l'image ci-dessous.



individuellement ou en groupe. Les programmes de prévention sont classiquement conduits avec des groupes d'enfants ou d'adolescents à l'école ou dans un cadre de soins (Garber 2009 ; US Preventive Services Task Force, 2009).

Une approche qui semble avoir obtenu le plus de succès est le *Coping with Depression Course for Adolescent* (Coping et Evolution de la Dépression de l'Adolescent). Le programme consiste en 8 sessions hebdomadaires de 90 minutes en groupe, suivies de 6 sessions de maintien. Dans une étude le programme a montré le maintien d'effets significatifs en comparaison avec les soins habituels dans la prévention des épisodes dépressifs débutants chez le jeune à risque après une période de 3 ans (Bearslee et al, 2013).

Les principes de la prévention (Garber 2009) sont les suivants :

- rendez la simple
- maintenez la intéressante et
- rendez la pertinente

REFERENCES

- Angold A, Costello EJ, Messer SC et al. The development of a short questionnaire for use in epidemiological studies of depression in children and adolescents. *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 1995; 5:237–249.
- Angold A, Costello EJ. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39:39–48.
- Australian Broadcasting Corporation. *The Girl Less Likely*. 15 September 2008.
- Beardslee WR, Brent DA, Weersing VR et al (2013). Prevention of depression in at-risk adolescents: Longer-term effects. *JAMA Psychiatry*, 70:1161-1170.
- Berndt ER, Koran LM, Finkelstein SN et al. Lost human capital from early-onset chronic depression. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 940-947.
- Birleson P. The validity of depressive disorder in childhood and the development of a self-rating scale: A research report. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1981;22:73-88.
- Birmaher B, Brent D and the AACAP Work Group on Quality Issues. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2007; 46:1503-1526.
- Birmaher B, Brent D. Treatment resistant depression. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:209-219.
- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 1996; 35:1427-1439.
- Brent D, Emslie G, Clarke G et al. Switching to another SSRI or to venlafaxine with or without cognitive behavioral therapy for adolescents with SSRI-resistant depression. The TORDIA randomized controlled trial. *JAMA*, 2008; 299:901-913.
- Bridge JA, Birmaher B, Iyengar S et al. Placebo response in randomized controlled trials of antidepressants for pediatric major depressive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2009;166: 42–49.
- Bridge JA, Iyengar S, Salary CB et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment. A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA*, 2007; 297:1683-1996.
- Brooks SJ, Krulewicz S, Kutcher S. 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*, 2003; 13:337–349.
- Buckley NA, McManus PR. Fatal toxicity of serotonergic and other antidepressant drugs: analysis of United Kingdom mortality data. *BMJ* 2002;325:1332–1333.
- Carlson GA, Cantwell DP. Unmasking masked depression in children and adolescents. *American Journal of Psychiatry* 1980; 137:445-449.
- Caspi A, Sugden K, Moffitt TE et al. Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*. 2003; 18;301(5631):386-389.
- Copeland WE, Miller-Johnson S, Keeler G et al. Childhood psychiatric disorders and young adult crime: A prospective, population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 2007; 164:1668–1675.
- Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A et al. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry* 2003; 60:837-844.
- Curry J, Silva S, Rohde P, Ginsburg G et al. Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression. *Archives of General Psychiatry* 2010. Published online November 1, 2010. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.150.
- Dubicka B, Elvins R, Roberts C et al. Combined treatment with cognitive behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 2010; 197: 433-440.
- Faulstich ME, Carey MP, Ruggiero L et al. Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *American Journal of Psychiatry*, 1986; 143(8):1024–1027.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Miller AL, Kennedy MA. Life stress, 5-HTTLPR and mental disorder: findings from a 30-year longitudinal study. *The British Journal of Psychiatry* 2011;198:129-135.
- Frye MA. Bipolar disorder. A focus on depression. *New England Journal of Medicine*, 2011;364:51-59.
- Garber J. Prevention of depression and early intervention with sub-clinical depression. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:274-294.
- Goodman R, Ford T, Simmons H et al. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 2000; 177: 534-539.
- Inal-Emiroglu FN, Diler RS. International views and treatment practices. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:332-340.

- Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL et al. The Patient Health Questionnaire for Adolescents: Validation of an instrument for the assessment of mental disorders among adolescent primary care patients. *Journal of Adolescent Health*. 2002;30:196-204.
- Kleinman A. Culture and depression. *New England Journal of Medicine*, 2004; 351:951-953.
- Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S. The serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress, and depression meta-analysis revisited: Evidence of genetic moderation. *Archives of General Psychiatry*. Published online January 3, 2011. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.189
- Krishnan V, Nestler EJ. Linking molecules to mood: new insight into the biology of depression. *American Journal of Psychiatry* 2010; 167:1305–1320.
- Langer DA, Chiu A, Asarnow JR. How to use CBT for youth depression: A guide to implementation. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:100-113.
- Mufson L, Verdelli H, Clougherty KF et al. How to use interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:114-127.
- Nathan B. "And Then My Tears Subsided..." National Institute for Health and Clinical Excellence. *Depression in Children and Young People: Identification and Management in Primary, Community and Secondary Care*. National Clinical Practice Guideline Number 28. Leicester, UK: The British Psychological Society 2005.
- Ortiz-Aguayo R, Campo JV. Treating depression in children and adolescents with chronic physical illness. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:295-309.
- Puras D. Development of child mental health services in Central and Eastern Europe. *IACAPAP Bulletin*, 2009; 24:9-10.
- Poznanski E, Mokros H. *Children's Depression Rating Scale—Revised Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services; 1996.
- Rey JM. How to use complementary and alternative medicine treatments. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:151-161.
- Risch N, Herrell R, Lehner T et al. Interaction between the serotonin transporter gene (5-HTTLPR), stressful life events, and risk of depression. A meta-analysis. *JAMA*, 2009; 301:2462-2471.
- Stevens J, Kelleher KJ, Gardner W et al. Trial of computerized screening for adolescent behavioral concerns. *Pediatrics* 2008; 121: 1099-1105.
- US Preventive Services Task Force. Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *Pediatrics*, 2009; 123:1223-1228.
- TADS Team. The treatment for adolescents with depression study (TADS). Long-term effectiveness and safety outcomes. *Archives of General Psychiatry*. 2007;64:1132-1144.
- Walter G, Ghaziuddin N. Using other biological treatments: Electroconvulsive therapy (ECT), transcranial magnetic stimulation, vagus nerve stimulation, and light therapy. In Rey JM, Birmaher B (eds). *Treating Child and Adolescent Depression*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2009:87-99.
- WHO *Model List of Essential Medicines 16th list (updated) March 2010*.

Appendix E.1.1

SELF-DIRECTED LEARNING EXERCISES AND SELF-ASSESSMENT

- Interview a child or adolescent who is complaining of depressive symptoms.
- Write a letter to the family doctor or referring agent summarizing the above case (formulation), including a provisional diagnosis and a management plan (as per Chapter A.10).
- Watch the documentary The Girl Less Likely (30 Minutes) <http://www.abc.net.au/austory/specials/leastlikely/default.htm> and write a summary (less than one page in length) highlighting the main issues raised.
- What are the important medical causes of depressive symptoms that should be considered before making a diagnosis of major depression? (see page 12)
- Write short summary describing risk factors for depression (see Table E.1.3 on page 7).
- Describe and contrast the appropriate management of mild, moderate and severe unipolar depression (see page 23).
- Describe the difference between the treatment of unipolar depression and bipolar depression and the reasons for it (see Page 23 and 24).

MCQ E.1.1 *What class of medication is the first line treatment for severe depression OR moderate depression unresponsive to psychotherapy in children and adolescents?*

- A. Monoamine oxidase inhibitors
- B. Selective serotonin reuptake inhibitors
- C. Serotonin norepinephrine reuptake inhibitors
- D. Tetracyclic antidepressants
- E. Tricyclic antidepressants

MCQ E.1.2 *Fluoxetine in the treatment of depression in children and adolescents:*

- A. Is the best studied and has the best evidence of effectiveness
- B. Is a Selective Norepinephrine Reuptake Inhibitor
- C. Shows more side effects than the other SSRIs
- D. Is a Monoamine Oxidase Inhibitor
- E. Is a Tricyclic antidepressant

MCQ E.1.3 *Paroxetine in the treatment of depression in youth:*

- A. Has a longer half-life than other selective serotonin reuptake inhibitors
- B. Has been shown to be as effective as other antidepressants
- C. Has more side effects than other selective serotonin reuptake inhibitors
- D. Has no withdrawal symptoms
- E. Is less likely to cause a serotonergic syndrome

MCQ E.1.4 *All of the following substances are known to mimic depression in children and adolescents except:*

- A. Corticosteroids
- B. Isotretinoin
- C. Marijuana
- D. Solvents
- E. Tetracyclines

MCQ E.1.5 The prevalence of depression in children and adolescents:

- A. Is lower in teenage girls than teenage boys
- B. Is higher in patients who suffer from chronic medical conditions
- C. Is lower in indigenous minority children
- D. Is lower in adolescence than in childhood
- E. Is the same from country to country

MCQ E.1.6 The course of depression in children and adolescents:

- A. Generally does not have recurring episodes
- B. Is likely to be better with earlier onset
- C. Is likely to continue in adulthood
- D. Is not similar to that of adults
- E. On average, episodes do not spontaneously remit.

MCQ E.1.7 Predictors of depression recurrence in children and adolescence do not include which of the following?

- A. Comorbidity
- B. Greater hopelessness
- C. High socioeconomic status
- D. Negative cognitive style
- E. Previous episodes

MCQ E.1.8 All of the following medical conditions are known to mimic depression in children and adolescents except:

- A. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS)
- B. Pyloric Stenosis
- C. Mononucleosis
- D. Thyroid Disease
- E. Migraine

MCQ E.1.9 All of the following should increase suspicion that a depressive episode is part of a bipolar disorder except:

- A. Catatonic symptoms
- B. Comorbid thyroid disease
- C. Family history of bipolar disorder
- D. Manic switch after treatment with antidepressants
- E. Psychotic symptoms.

Q E.1.10 Parental depression is the most consistently replicated risk factor for depression in the offspring.

True or false?

Q E.1.11 Diagnosis of personality disorder should be provisional in a depressed adolescent and made on the bases of symptoms and functioning outside of the depressive episode.

True or false?

MCQ E.1.12 Which of the following psychosocial therapies has evidence that it can be effective for mild to moderate depression in as few as 8 to 16 sessions?

- A. Cognitive Behavioral Therapy
- B. Family therapy
- C. Group therapies
- D. Psychodynamic (psychoanalytic) psychotherapy
- E. Self-help

MCQ E.1.13 While antidepressants tend to achieve better results in the short term, differences between medication and therapy tend to disappear after:

- A. 2-5 weeks
- B. 6-10 weeks
- C. 11-18 weeks
- D. 19-23 weeks
- E. 24-36 weeks

MCQ E.1.14 *The most important distinguishing feature in the diagnosis of serotonin syndrome is:*

- A. Ataxia
- B. Bradycardia
- C. Clonus
- D. Confusion
- E. Diarrhea

MCQ E.1.15 *In a unipolar depressive episode of mild severity in a 10-year-old, the appropriate first intervention is:*

- A. Anti-depressants
- B. Electroconvulsive therapy
- C. S-adenosyl methionine
- D. Second generation antipsychotic
- E. Supportive management or psychosocial treatment

MCQ E.1.16 *First line therapy for a bipolar depressive episode in a young teenager usually is:*

- A. An antidepressant
- B. Lamotrigine
- C. Lithium carbonate or quetiapine
- D. Olanzapine and an antidepressant
- E. Valproate and an antidepressant

Q E.1.17 *Antidepressant treatment in an adolescent for a first episode of unipolar depression should be:*

- A. Continued for at least 6 months after recovery
- B. Continued indefinitely
- C. Continued until recovery
- D. Stopped after 6 months
- E. Stopped after 8 weeks

ANSWERS

- MCQ E.1.1: B; see page 18,19 & 21.
- MCQ E.1.2: A; see page 21.
- MCQ E.1.3: C; see Table E.1.8 on page 21
- MCQ E.1.4: E; see page 12
- MCQ E.1.5: B; see page 2-3.
- MCQ E.1.6: C; see page 3-4.
- MCQ E.1.7: C; see page 4.
- MCQ E.1.8: B; see page 12
- MCQ E.1.9: B; see page 12
- Q E.1.10: True; see page 5
- Q E.1.11: True; see page 8
- MCQ E.1.12: A; see page 16
- MCQ E.1.13; E; see page 17
- MCQ E.1.14: C; see page 23
- MCQ E.1.15: E; see page 16
- MCQ E.1.16: C; see page 23
- Q E.1.17: A; see page 24-25.