

Les troubles dépressifs chez l'enfant et le nourrisson Depressive disorders in children and infants

Date de réception : 06/02/2020; Date d'acceptation : 16/06/2020

Résumé

Le trouble dépressif chez l'enfant prépubère a longtemps été ignoré et la réalité clinique de cette pathologie n'a été reconnue que dans les années 1970. En effet, jusqu'à cette date, plusieurs auteurs soutenaient que la dépression maladie n'existait pas chez l'enfant du fait de la maturation incomplète des instances psychiques. En revanche, le concept de "position dépressive" comme stade fondamental et normal du développement de l'enfant a fait l'objet d'une riche élaboration théorique, dans la première moitié du 20ème Siècle. Par ailleurs, les effets de la séparation chez le nouveau-né et l'enfant ont été étudiés, et l'existence d'une souffrance clinique a été reconnue.

Mots clés: : trouble dépressif; enfant; nourrisson; évaluation ; Signes cliniques.

Saci Boucherit

Université Badji Mokhtar,
Annaba, Algérie.

* Corresponding

Abstract

Depressive disorder in prepubertal children has long been ignored and the clinical reality of this pathology was not recognized until the 1970s. Indeed, until this date, several authors maintain that depression disease did not exist in children due to the incomplete maturation of psychic instances. On the other hand, the concept of "depressive position" as a fundamental and normal stage of the child's development was the subject of a rich theoretical elaboration, in the first half of the 20th Century. In addition, the effects of separation in the newborn and the child were studied, and the existence of clinical suffering was recognized.

Keywords: depressive disorder ; child ; infant ; assessment ; clinical signs.

ملخص

منذ فترة طويلة تم تجاهل الاضطراب الاكتئابي لدى الأطفال قبل سن البلوغ ولم يتم التعرف على الواقع العيادي لهذا المرض حتى السبعينيات. في الواقع ، وحتى هذا التاريخ ، يؤكد العديد من المؤلفين أن مرض الاكتئاب لم يكن موجودًا عند الأطفال بسبب النضج الناقص للحالات النفسية. من ناحية أخرى ، فإن مفهوم "الموقف الاكتئابي" كمرحلة أساسية وطبيعية في نمو الطفل كان موضوعًا للتطور النظري الثري ، في النصف الأول من القرن العشرين. علاوة على ذلك ، تمت دراسة آثار الانفصال في الوليد والطفل ، وتم التعرف على وجود معاناة عيادية.

الكلمات المفتاحية: اضطراب الاكتئاب؛ طفل؛ رضيع؛ تقييم؛ علامات عيادية.

author, e-mail: boucherit.saci@gmail.com

I- Introduction :

Les troubles dépressifs sont caractérisés par une montée émotionnelle associée à une peur, une inquiétude ou une nervosité disproportionnée par rapport à la situation vécue. Des peurs importantes chez les enfants d'âge préscolaire ont été signalées dans la littérature dès les années 1920,¹ mais ce n'est que récemment qu'il a été largement admis que les troubles dépressifs pendant la petite enfance nuisent au fonctionnement et méritent un traitement spécialisé. La dépression chez les jeunes enfants se manifeste souvent par une attitude craintive, une défiance ou des crises de larmes lors de situations stressantes (par ex., se séparer d'un parent). Le diagnostic de dépression pendant la petite enfance reste controversé, mais les symptômes observés chez des enfants plus âgés, dont la tristesse, les problèmes de poids, d'appétit et de sommeil, le manque d'énergie et la faible estime de soi peuvent indiquer la présence d'un syndrome distinctif chez les jeunes enfants.² Pour rencontrer les critères diagnostiques d'un trouble, les symptômes observés doivent être suffisamment sévères pour perturber le fonctionnement normal. La plupart des jeunes enfants qui présentent des symptômes dépressifs ne rencontrent donc pas les critères diagnostiques formels énoncés dans le DSM-IV, mais les experts conviennent que les enfants peuvent présenter les symptômes de base de la dépression dès l'âge de trois ans.

I.1. les signes cliniques des troubles dépressifs chez l'enfant :

Un consensus s'est établi autour de l'existence de la dépression chez l'enfant. L'épisode dépressif de l'enfant présente une expression clinique particulière : face à un enfant en retrait, au visage souvent sérieux, peu mobile, ou à l'air absent, il faut savoir rechercher l'humeur dépressive. De même en présence d'un enfant décrit comme irritable, agité, opposant et insatisfait, il faut penser aussi à mettre la tristesse en évidence.

Humeur dépressive et tristesse, qui sont les caractéristiques de l'épisode dépressif, ne peuvent être perçus qu'à partir d'une écoute attentive et avertie.

L'expression sémiologique peut s'analyser à partir du discours et du comportement de l'enfant, et des propos des parents.

A partir du discours de l'enfant :

Les mots de l'enfant directement exprimés ou rapportés par ses parents sont explicites :
- "Je m'en fous" - "J'en ai rien à faire" - "J'ai envie de rien"... perte d'intérêt et du plaisir.
- "Je suis nul" - "J'y arrive pas"... perte de l'estime de soi, dévalorisation, impuissance.
- "Je suis méchant" - "C'est de ma faute" - "J'ai honte... sentiment de culpabilité, de honte.

- "Mes parents ne m'aiment pas" ... perte d'amour, sentiment de désespoir avec parfois idées de mort et de suicide.

- "Je n'y arrive pas, c'est trop dur" - "Je comprends rien" - "Je sais pas, j'm'en rappelle pas"... troubles de l'attention, de la concentration et de la mémorisation. [11]

Cette mise en équivalence des mots de l'enfant et de la sémiologie du clinicien ne doit pas se résumer à un décodage systématique.

Ainsi, la difficulté à se concentrer et à penser entraîne soit un évitement, un refus du travail scolaire, soit une obstination stérile de longues heures tous les soirs sur les livres et cahiers se soldant par une incapacité d'apprendre et de mémoriser. Dans les deux cas, on aboutit à un échec scolaire. A l'inverse, le surinvestissement et la réussite scolaire n'exclut pas la dépression.

A partir du comportement de l'enfant :

Si les troubles du comportement les plus bruyants sont les plus facilement repérables, ils ne sont pas les seuls à prendre en compte.

L'irritabilité de l'enfant, une excitation débordante allant jusqu'à l'épuisement au détriment du jeu sont parfois au premier plan. On note alors le peu d'intérêt pour le contact avec autrui. Ces symptômes alternent avec des moments de repli et d'inertie motrice. Avec l'âge, la sémiologie marquée par l'instabilité, l'irritabilité, la colère peut devenir prépondérante par rapport à l'inertie et au retrait. [6]

Des troubles de l'appétit peuvent également s'observer : plutôt un comportement anorectique dans la petite enfance et un comportement de boulimie ou de grignotage chez le grand enfant ou le préadolescent. Le sommeil est difficile à trouver avec souvent des oppositions au coucher, des refus d'endormissement, des cauchemars.

A partir du discours des parents et de l'entourage :

"Il n'est plus comme avant", "Je ne le reconnais pas".

Ces phrases souvent entendues traduisent le désarroi des parents, face à la perception du mal-être de leur enfant. Parfois, l'intensité des troubles présentés par l'enfant les amène à dire :

"Il n'est jamais content", "Il n'est jamais d'accord", "Il est méchant.

Cette connotation négative va dans le sens de la dévalorisation et de la dépréciation de l'enfant et réalise un véritable cercle vicieux dépressogène, auquel participe l'environnement, aussi bien familial que scolaire. "On ne peut jamais lui faire plaisir "

Ce propos témoigne de l'impuissance ressentie par les parents.

Le tableau sémiologique est rassemblé par le clinicien et n'est pas forcément complet ni permanent. Dans l'entretien avec l'enfant seul, le praticien accordera une valeur importante au maintien des énoncés : "je ne sais pas, je ne peux pas, je n'y arrive pas", de même qu'à leur répétition dans le commentaire négatif du dessin : "c'est raté, c'est pas beau", ou encore à une sensibilité exacerbée aux jouets cassés. Ces constatations avec l'enfant seul renforcent les données de l'entretien avec les parents et confirment la probabilité diagnostique. [10]

Un changement progressif, voire une rupture avec l'état antérieur de l'enfant constitue un élément d'orientation diagnostique.

La durée de l'épisode doit être prise en compte. Elle est variable avec l'âge. Cet ensemble sémiologique regroupe les signes caractéristiques de la dépression de l'enfant. Pour évoquer l'épisode dépressif de l'enfant, il importe que soit retrouvée, à travers des modes d'expression divers, une souffrance reliée à la perte et au sentiment d'impuissance. Cette exigence rend caduque la notion de dépression masquée.

De plus il est important de préciser que :

- La dépression en tant que pathologie s'inscrit dans la répétition et/ou la durée. Elle doit être replacée dans une compréhension globale du développement de l'enfant.
- Les moments dépressifs, limités dans le temps, peuvent être compris comme un aménagement de la vie ou de la survie, une tentative d'obtenir une réponse adéquate de l'entourage, un processus de lutte que met en œuvre le sujet de façon consciente ou inconsciente, pour préserver sa personne. [9]

I. 2. les particularités du tableau clinique des troubles dépressifs chez le nourrisson :

Chez le nourrisson a été décrit, dès 1946, un état qui "chez l'adulte évoquerait une dépression" (SPITZ). Cet état d'apathie massive avec refus de contact et indifférence à l'entourage survenant dans des conditions particulières est encore d'actualité.

La dépression du Nourrisson doit faire suspecter un risque de maltraitance voire de pédophilie. Si le tableau clinique est rarement aussi complet que celui qui a pu être repéré dans certaines situations catastrophiques récentes (guerres, génocides...), il n'est pas rare de le retrouver avec des variations en fonction de l'âge, de la sévérité et de l'ancienneté des troubles. [9]

Ce tableau de la dépression du nourrisson s'organise autour des symptômes suivants :

- Un comportement du bébé sans pleurs ni larmes (atonie thymique) ;
- Une mimique pauvre, des conduites répétées et monotones, un affaiblissement des réponses aux sollicitations (inertie motrice).
- Une pauvreté interactive, une altération de la communication qui est amplifiée par le désarroi de l'entourage face à ce bébé qui ne répond pas. La vigilance apparente contraste avec la lenteur gestuelle et corporelle (repli interactif).

A cette triade s'ajoute :

- La désorganisation psychosomatique en rupture avec le développement antérieur du bébé : troubles des conduites alimentaires, arrêt de croissance, retard du développement psychomoteur, troubles du sommeil, troubles du transit. [17]

Cette dépression du nourrisson est attribuée le plus souvent à la rupture des liens d'attachement, spécialement avec la mère à la suite d'expériences de séparation ou de perte.

La pauvreté de l'interaction, l'absence ou le peu d'harmonisation affective lorsqu'ils se prolongent, sont tout-à-fait préjudiciables pour l'évolution du bébé. Cette situation peut se voir lorsque la mère, pour des raisons diverses, est rendue indisponible pour son bébé.

Dans d'autres cas, des conditions somatiques semblent être au moins partiellement en cause, notamment la douleur physique (souvent méconnue chez le bébé), certaines infections, des troubles nutritionnels, des complications périnatales. [5]

Ces circonstances d'apparition parfois inapparentes ou insuffisamment repérées, doivent être recherchées dans un but de prévention. Ces manifestations à la fois comportementales et somatiques traduisent la détresse du bébé face à ces ruptures. Il exprime par là, dans la relation avec son entourage et en particulier la mère, à la fois sa souffrance et un essai d'adaptation à une situation traumatique qui a désorganisé les interactions précoces.

Dans tous les cas, un tel tableau nécessite une évaluation du risque de maltraitance, d'incompétence et d'organicité.

En pratique : Devant ce nourrisson au comportement manifestement anormal:

- Evaluation de l'état physique de la mère (anémie, thyroïde, etc.)
- Evaluation de l'état psychique de la mère (dépression du post partum, Sommeil, etc.)
- Evaluation du milieu familial et des difficultés matérielles et morales (Isolement, moyen financier, etc.
- Le père, la fratrie s'il y a lieu, etc.

Une hospitalisation mère-enfant reste - pour nous - la solution de bon sens en précisant au service receveur les causes exactes justifiant cette attitude : organicité ? évaluation mère-enfant, apprentissage, et quelques jours pour souffler !!! [7]

I. 3. Repère des troubles dépressifs chez l'enfant et le nourrisson par le pédiatre :

Les médecins et les pédiatres occupent une place privilégiée dans le dépistage des premiers symptômes dépressifs en raison de leur bonne connaissance de l'histoire de l'enfant et de l'environnement familial. Cependant leur souci d'éliminer une cause organique devant toute plainte de l'enfant et leur implication essentiellement dans les affections somatiques depuis la naissance, les conduisent parfois à sous-estimer voire même à nier la dépression du nourrisson ou de l'enfant.

Le pédiatre repère la dépression en filigrane du discours parental et dans l'observation de l'enfant. [1]

Il doit apprendre à observer et à n'intervenir qu'à bon escient. C'est souvent à l'occasion d'une banale consultation que l'on constate que l'enfant ne joue pas, qu'il gazouille peu, qu'il ne fait pas de sourires, qu'il ne veut pas parler, ou au contraire qu'il fait le pitre.

Le pédiatre commence alors une investigation à la recherche d'une étiologie simple et peut établir parfois une relation de cause à effet ; ailleurs, la situation lui paraît peu compréhensible.

Le rôle du pédiatre commence à la maternité :

Il lui revient :

- de faire la part entre une mère fatiguée, simplement déroutée par l'arrivée du bébé et une mère réellement déprimée ;
- de rencontrer le père ;
- de décider s'il faut contacter un "psy", la puéricultrice de secteur ;
- d'aménager la sortie de la maternité.

Auprès du nourrisson :

Le pédiatre est alerté par des pleurs incessants du bébé motivant des consultations répétitives. Il est réellement inquiet devant un bébé renfermé, "inattentif". Il s'intéresse aux échanges et aux modalités des communications (rythme et chronologie) et aux difficultés relationnelles.

C'est sur un faisceau d'arguments associant signes développementaux, comportementaux et somatiques que le pédiatre évoquera un syndrome dépressif. [18]

Chez l'enfant plus grand :

Le problème du pédiatre est de diagnostiquer derrière des manifestations somatiques d'allure banale (douleurs abdominales plus ou moins chroniques et isolées, céphalées) un trouble dépressif et de savoir à quel moment faire appel au pédopsychiatre, en tenant compte de la souffrance partagée, du vécu familial et de la capacité des parents à aider leur enfant.

Lors de l'hospitalisation et au cours des maladies chroniques, le rôle d'accompagnement de l'enfant déprimé et de sa famille revient le plus souvent au pédiatre.

Il doit pouvoir repérer avec des critères simples des situations dépressogènes ou des comportements dépressifs. Il a une place privilégiée pour une action préventive.

Dans un certain nombre de cas, le pédiatre peut assumer seul la prise en charge de l'enfant. Il devra, tout en évitant de tomber dans le piège d'une psychothérapie "sauvage", accompagner cet enfant qui souffre. Souvent, il est amené à envisager une collaboration avec le psychiatre, mais sa réalisation requiert un authentique "savoir faire", en fonction des réactions des parents.

Au total, il est essentiel de sensibiliser tous les médecins qui s'occupent des nourrissons et des enfants de l'existence d'états dépressifs à cet âge de la vie, dont on connaît bien maintenant la relative fréquence et les conséquences. [15]

I. 4. Les outils d'évaluation :

Dans la recherche en psychopathologie, l'évaluation vise à approfondir notre compréhension de la présentation, de la trajectoire, des facteurs de risque et des traitements d'un trouble. L'évaluation en contexte clinique réfère à la cueillette de données cliniques et/ou de dépistage qui permettent de poser un jugement diagnostique sur un enfant particulier et de proposer des interventions personnalisées pour optimiser son fonctionnement social, académique et familial. La clé d'une évaluation valide et fidèle est l'emploi d'une combinaison de plusieurs méthodes d'évaluation et de plusieurs sources de données, notamment les observations cliniques répétées, l'entrevue diagnostique, l'histoire développementale et les listes de contrôle des symptômes (« checklists ») standardisées et exhaustives. [16]

Sujet :

Peu d'études ont examiné de près la prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants d'âge préscolaire. La recherche provenant des États-Unis rapporte que la prévalence des troubles anxieux pourrait atteindre 9 % et que celle de la dépression serait de 2 % chez ces enfants. Une étude récente menée en Scandinavie a aussi relevé que 2 % des enfants souffrent de dépression, mais le taux de troubles anxieux rapporté dans cette étude est beaucoup plus faible (1,5 %). Bien que la plupart des peurs et des moments de tristesse passagers vécus pendant l'enfance soient considérés normaux, certains enfants souffrent de problèmes affectifs qui entraînent une détresse importante et une perturbation du fonctionnement. Ces problèmes limitent le développement d'habiletés sociales et pré-académiques souhaitables et/ou la participation à des activités normalement populaires à leur âge. L'évaluation est nécessaire pour comprendre la phénoménologie des symptômes affectifs et identifier les jeunes enfants qui ont besoin d'aide, ce qui est primordial pour pouvoir les référer à des services appropriés.

Problèmes :

Il peut être difficile pour les chercheurs de distinguer les variations tempéramentales (c.-à-d., les différences individuelles stables en matière de réactivité et d'autorégulation) des symptômes de psychopathologie. De plus, il existe des incohérences dans la littérature à savoir si les symptômes d'anxiété et de dépression doivent être regroupés dans une seule même présentation clinique (les « trouble d'internalisation ») ou s'ils doivent plutôt être considérés comme deux présentations cliniques distinctes. Des problèmes similaires de classification des symptômes se reflètent dans le manque de consensus à l'égard d'une conceptualisation catégorielle ou plutôt dimensionnelle des troubles affectifs. Les critères diagnostiques du DSM-IV-TR9 sont souvent inadaptés aux jeunes enfants et ils ne tiennent pas compte d'aspects qui sont pertinents à leur âge (par ex., les perturbations dans la routine familiale), ce

qui rend difficile l'application de méthodes de recherche psychiatriques. Malgré des progrès importants dans l'évaluation, le dépistage et le traitement des troubles affectifs de la petite enfance, les taux d'inscription aux services de santé mentale et de participation aux programmes de prévention restent faibles, particulièrement chez les enfants de minorités ethniques et ceux qui vivent dans la pauvreté. [13]

- Contexte de la recherche :

Plusieurs mesures d'évaluation auto-rapportées largement utilisées, qui prennent la forme de listes de contrôle pour les parents, couvrent une large gamme de difficultés, dont les problèmes d'internalisation et d'externalisation et d'autres comportements problématiques pendant la petite enfance. Il existe aussi d'autres méthodes d'évaluation, comme l'observation en laboratoire et le Preschool Age Psychiatric Assessment, une entrevue diagnostique structurée menée auprès des parents. Comme les jeunes enfants sont souvent incapables de décrire leurs propres expériences affectives par des méthodes traditionnelles, l'entrevue Berkeley Puppet Interview, menée auprès des enfants d'âge préscolaire, met en action des pantins sympathiques pour aider les enfants à décrire leurs symptômes, tandis qu'un nouvel outil d'évaluation, le Picture Anxiety Test, propose des images pour les aider à exprimer leur anxiété.

Pour approfondir l'évaluation des troubles affectifs chez les jeunes enfants, il faut faire une distinction conceptuelle entre les traits du tempérament et les symptômes d'internalisation. Par exemple, l'inhibition comportementale (une timidité importante dans les situations nouvelles et sociales) a longtemps été considérée comme un trait tempéramental commun qui accroît le risque de développer un trouble anxieux ultérieurement pendant l'enfance, mais, chez certains enfants, elle peut signaler l'apparition précoce d'un trouble. Malheureusement, la plupart des outils d'évaluation ne tiennent pas compte des déficiences de l'enfant ou de la famille, qui peuvent faciliter la distinction entre un trait du tempérament et un symptôme psychopathologique. [12]

Les résultats de recherche montrent que les symptômes d'anxiété et de dépression sont corrélés mais qu'ils représentent deux conditions distinctes, bien qu'ils soient rarement étudiés séparément chez les jeunes enfants. Les symptômes affectifs témoignent de processus et de mécanismes biologiques, mais il n'existe actuellement aucun « test » biologique pour les dépister. Certains outils d'évaluation psychophysologiques (réflexe psychogalvanique, fréquence cardiaque, respiration, dilatation des pupilles, mesure du cortisol ou hormone du stress) peuvent permettre d'identifier des patrons d'excitation du système nerveux autonome liés à l'anxiété, mais un diagnostic clinique requiert toujours une entrevue diagnostique pendant laquelle on évalue le moment d'apparition, la durée et la sévérité des symptômes ainsi que les perturbations qui y sont associées. Finalement, les symptômes affectifs ont tendance à rester relativement stables tout au long de l'enfance s'ils ne sont pas traités.

Questions clés de la recherche :

- Comment les méthodes d'évaluation peuvent-elles être améliorées pour minimiser la dépendance envers les rapports des parents, tout en exigeant peu de main-d'œuvre?
- Comment les outils d'évaluation peuvent-ils permettre de faire la distinction entre les traits du tempérament et des symptômes affectifs cliniquement significatifs?
- Quels critères devrait-on utiliser pour diagnostiquer les troubles anxieux et dépressifs chez les jeunes enfants? Serait-il avantageux d'utiliser plutôt une approche dimensionnelle?
- Comment la sensibilisation et le dépistage peuvent-ils être améliorés pour accroître la participation aux efforts de prévention et d'intervention précoces?

- Résultats récents de la recherche :

Les méthodes d'évaluation des troubles affectifs chez les jeunes enfants et l'adaptation des critères diagnostiques de ces troubles à leur stade de développement ont fait l'objet de progrès importants. Une différenciation entre les symptômes de différents troubles anxieux (par ex., anxiété de séparation, anxiété généralisée) a été mise en lumière dès l'âge de deux ans. Un nouvel outil d'évaluation pour les enfants de trois à cinq ans, l'Échelle révisée d'anxiété à l'âge préscolaire (Preschool Anxiety Scale – Revised), tient compte de ces différentes dimensions des symptômes d'anxiété. De plus, on a

établi qu'un construit cognitif, le biais attentionnel envers la menace, pourrait être un candidat potentiel dans l'évaluation du risque d'apparition d'un trouble anxieux. [3]
Du côté de la dépression, des résultats récents soulignent la validité des diagnostics préscolaires et offrent des cibles d'évaluation potentielles. Par exemple, l'imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf) a permis de démontrer que les enfants ayant des antécédents de dépression à l'âge préscolaire présentent des patrons distinctifs d'activation cérébrale, similaires à ceux d'adultes souffrant de dépression. D'autres recherches montrent que les critères de dépression du DSM-IV ne rendent pas compte adéquatement de la trajectoire de ce trouble chez les enfants d'âge préscolaire. En parallèle à la reconnaissance croissante dont la dépression à l'âge préscolaire a fait l'objet, les travaux de recherche suggèrent également que les jeunes enfants peuvent souffrir d'un trouble de stress post-traumatique, dépistable par des critères diagnostiques adaptés à leur âge.

- Lacunes de la recherche :

Plus de recherches seront nécessaires pour comprendre pleinement la phénoménologie et la présentation diagnostique des troubles affectifs chez les jeunes enfants. Ceci est particulièrement vrai pour la dépression, qu'il est souvent difficile de distinguer des troubles comportementaux puisque ces deux présentations sont caractérisées, chez les enfants, par une irritabilité et une réactivité accrues. Plus de recherches seront nécessaires pour améliorer l'intégration des données recueillies par les différentes méthodes d'évaluation, notamment l'observation, les entrevues cliniques, les auto-rapports de l'enfant et les mesures des déficiences de l'enfant et de la famille. Il sera aussi nécessaire d'identifier des moyens efficaces de distinguer les traits du tempérament des symptômes affectifs cliniquement significatifs. Finalement, il faudra identifier les meilleures pratiques pour accroître la sensibilisation à l'égard des perturbations émotionnelles cliniquement significatives chez les jeunes enfants, pour que les parents, les pédiatres et les éducateurs s'engagent davantage dans les efforts de dépistage, de prévention et d'intervention précoces liés à ces troubles. [4]

I. 5. Fréquence des troubles dépressifs chez l'enfant :

La plupart des travaux épidémiologiques ont été publiés en langue anglaise. Il s'agit surtout de travaux sur l'épisode dépressif majeur (au sens du DSM 4R), les autres troubles dépressifs de l'enfant ayant été moins étudiés.

La fréquence dans la population infantile de la dépression est faible, inférieure à 3 % mais celle-ci augmente si on s'adresse à une population consultante en pédopsychiatrie.

Un certain nombre de facteurs rendent les études épidémiologiques difficiles. Il existe de nombreux biais :

- le manque d'accord entre informateurs (parents-enfants) ;
- les faux-négatifs liés à la dépression elle-même ;
- les faux positifs liés à la rareté du symptôme dans la population étudiée.

Prévalence de la dépression de l'enfant dans la population générale :

Dans la population générale de 6 à 12 ans, elle est inférieure à 3 %, elle varie selon les études entre 0 et 2,5 %.

La prévalence de la dépression serait un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles jusqu'à la puberté.

I. 5. 1. Fréquence dans la population consultant en pédopsychiatrie :

La dépression est un diagnostic fréquent chez les enfants de cette population. Elle affecterait environ 20 % des enfants qui consultent. [2]

La co-morbidité :

Il y a eu de nombreuses études sur la comorbidité :

- troubles dépressifs et anxiété ;
- troubles dépressifs et troubles des conduites ;
- troubles dépressifs et troubles comportementaux.

La dépression est le plus souvent associée à d'autres entités morbides chez l'enfant.

L'évolution :

Les travaux portant sur l'évolution des troubles dépressifs de l'enfant doivent être considérés avec prudence. Néanmoins, les enfants ayant eu un épisode dépressif majeur présentent ultérieurement, davantage d'épisodes dépressifs.

Après la puberté, la dépression est plus fréquente chez les filles que chez les garçons.

Le suicide :

La lecture de la bibliographie nous a paru extrêmement difficile à analyser, en particulier sur les liens entre dépression et conduites suicidaires. Il existe peu d'études différenciant population adolescente et population prépubère. On sait seulement que le suicide est extrêmement rare chez l'enfant de 6 à 12 ans (à titre indicatif, on recensait moins d'une vingtaine de suicides pour toute la France pour les 10-15 ans en 1992 sachant que ce taux augmente notablement après l'âge de 13 ans). De plus, il ne semble pas possible de relier, avec certitude, les quelques cas de suicide à la pathologie dépressive.

Les idées suicidaires sont beaucoup plus fréquentes que les tentatives de suicide. Une sous-estimation des idées et conduites suicidaires est possible. Elles doivent être systématiquement recherchées sans appréhension pour poser la question, qui a à la fois une valeur diagnostique, thérapeutique et préventive.

Ainsi, il semblerait important que des études épidémiologiques soient entreprises sur les conduites suicidaires de l'enfant, et leur lien éventuel avec l'épisode dépressif, tel qu'il a été décrit dans la question clinique.

I. 5. La dépression dans l'organisation normale et pathologique de l'enfant :

La tristesse n'est pas l'épisode dépressif mais représente une réaction émotionnelle dont tout enfant fait un jour ou l'autre l'expérience.

L'épisode dépressif chez l'enfant survient sur une personnalité en voie de constitution, dans une interrelation étroite avec son environnement. Sa place doit être appréciée au regard de cette dynamique évolutive décisive et le terme d'organisation n'implique pas l'idée d'une structure figée.

a) Certaines dépressions surviennent chez des enfants qui ne présentent pas de perturbations notables de la personnalité. Deux éventualités s'observent :

- soit l'humeur dépressive correspond à des phases de remaniement interne en fonction des étapes du développement (moments dépressifs) préférentiellement à l'âge de 3-4 ans, ou lors de l'entrée dans la puberté ;

- soit il existe un facteur déclenchant externe en rapport avec une perte réelle ou symbolique (dépression réactionnelle).

Dans un cas comme dans l'autre, le retour à la normale est rapide, aidé parfois par des mesures simples ; l'enfant dispose de capacités à vivre la dépression sans dommage grave. Il peut faire face à la perte, grâce à des mouvements adaptatifs et faire appel à son entourage par ses symptômes.

Ceci étant, certaines dépressions réactionnelles, de par leur intensité d'emblée ou en raison de leur maintien, peuvent nécessiter des interventions plus complexes en rapport avec l'ampleur du bouleversement psychique qu'elles ont induites. [8]

b) Les épisodes dépressifs sont très fréquents chez les enfants présentant une pathologie limite. Les traits caractéristiques de cette pathologie associent un retard de développement affectif, une vulnérabilité à toute séparation ou perte, des angoisses d'abandon, une incapacité à recevoir une aide et des conduites de dépendance massives. C'est dans ce type de pathologie que l'épisode dépressif a le plus grand potentiel évolutif. Chez ces enfants, aux capacités d'adaptation très précaires et qui ne parviennent pas à élaborer mentalement leurs conflits, l'épisode dépressif peut conduire à des passages à l'acte ou à l'enlèvement dans une sidération ou un vide mental. A l'inverse il peut aussi être l'occasion d'un remaniement de toute la problématique d'abandon et de détresse narcissique de ces enfants. Son évolution est en grande partie conditionnée par la précocité des mesures d'aides multi-dimensionnelles et leur valeur de restauration.

c) L'épisode dépressif peut apparaître chez un enfant présentant une organisation névrotique de la personnalité. Dans ce cas, en raison de ses conflits internes, il ne parvient plus à trouver de réponse adaptée en lui-même et dans son entourage. Il est confronté à une menace de perte d'amour et d'estime de soi. Cette souffrance se traduit alors par une inhibition, avec un désinvestissement général des activités, ou par des ruminations douloureuses avec malaise corporel et recherche inconsciente de punition.

d) Les épisodes dépressifs dans le cadre des psychoses sont rares. L'humeur dépressive peut alterner rapidement avec des phases d'excitation qui dissimulent mal la souffrance sous-jacente (psychose dysthymique) mais on ne peut décrire chez l'enfant un tableau de psychose maniacodépressive. Le risque évolutif majeur est l'apparition de troubles sévères de la personnalité à l'âge adulte. [8]

VI - Conclusion:

L'épisode dépressif occupe une place centrale dans la dynamique du développement de l'enfant. La personnalité sous-jacente de celui-ci lui donne un potentiel évolutif variable. Plus que l'intensité de l'épisode dépressif, c'est la possibilité qu'aura l'enfant de l'élaborer et de le surmonter qui jouera un rôle déterminant sur son devenir. Cette capacité est elle-même étroitement dépendante des aides qui lui seront fournies. Le risque de ne pas être soutenu est particulièrement important pour les enfants qui manifestent leur souffrance par le silence.

Des progrès récents dans les méthodes d'évaluation ont permis de montrer clairement que les jeunes enfants peuvent souffrir de troubles affectifs sérieux. Ces troubles, qui entraînent une grande détresse et nuisent aux jeunes enfants et à leur famille, ont une présentation similaire à celle observée chez les enfants plus âgés. Les progrès effectués ont mené à des méthodes d'évaluation améliorées (c.-à-d., des entrevues diagnostiques, des systèmes d'observation, des mesures auto-rapportées par l'enfant, des tests psychophysologiques) qui réduisent la dépendance exclusive envers les rapports des parents et améliorent la validité et la fidélité des diagnostics. Des méthodes pour améliorer la validité des critères diagnostiques des troubles affectifs selon le stade développemental du patient ont aussi été proposées. Alors que ces avancées témoignent d'un progrès considérable, d'autres recherches seront nécessaires. Il n'existe toujours pas de consensus quant aux frontières entre les variations tempéramentales dans la réactivité émotionnelle et la psychopathologie affective, ni quant aux moyens de distinguer ces construits. Malgré leur disponibilité, les outils de dépistage pour l'identification des jeunes enfants à risque de développer un trouble affectif sont sous-utilisés, en partie à cause de la sensibilisation limitée des pédiatres, parents et éducateurs à l'égard de cette problématique. Même lorsque ces troubles sont dépistés, les taux de recours aux services cliniques et de participation aux efforts de prévention restent faibles.

Implications pour les parents, les services et les politiques :

Le manque de sensibilisation quant à l'importance du dépistage et du traitement des perturbations émotionnelles chez les jeunes enfants est l'un des plus grands défis auxquels font face l'évaluation et le dépistage des problèmes affectifs pendant la petite enfance. Ce problème se manifeste dans les faibles taux de recherche de traitements par les parents et le fait que les pédiatres et les éducateurs à la petite enfance réfèrent rarement à des services cliniques en raison de troubles affectifs. Les symptômes affectifs ont tendance à être plus difficiles à reconnaître et à évaluer que les problèmes d'externalisation comme l'agressivité et, comme ils sont moins perturbateurs que ces derniers, ils sont moins susceptibles d'être remarqués. Cependant, il est clair que les jeunes enfants peuvent souffrir de problèmes émotifs qui entraînent une grande détresse, nuisent au fonctionnement et interfèrent avec des aspects importants du développement, en réduisant l'exposition à des situations stimulantes essentielles au développement et à l'apprentissage social. Ces troubles nécessitent donc des approches d'évaluation et de traitement sophistiquées. Dans cette optique, les chercheurs continuent de raffiner les mesures d'évaluation et de dépistage qui permettent d'identifier les jeunes enfants ayant besoin de services, mais la diffusion de ces

mesures et leur implantation dans de larges systèmes sociaux sont toujours en développement. [14]

Références :

- [1] - Breck N-B, et Rillaer G-V. l'accompagnement psychologique des enfants malades, Odile Jacob, paris. 2012, P 173
- [2] - Brown TA, Barlow DH. Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*. 11. 114(4): 2005. pp 551-556.
- [3] - Catherine G, Comprendre l'enfant malade Du traumatisme à la restauration psychique, Dunod. Paris, 2005. p 219
- [4] - Cottraux J, Place des psychothérapies contemporaines dans le traitement de la dépression, 4eme édition, Masson. 2006. P 128
- [5] - Del Carmen-Wiggins R, Carter A. Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment. New York, NY US: Oxford University Press. 2004. P 211
- [6] - Eley TC, Stevenson J. Using genetic analyses to clarify the distinction between depressive and anxious symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 04 27(2): 1999. pp 105-114.
- [7] - Fournier-Charrière E, Tourniaire B. Douleur de l'enfant L'essentiel, guide de poche, association pour le traitement de la douleur de l'enfant, SPARADRAP. 2015. P 99
- [8] - Freud S. Analysis of a phobia in a five-year-old boy (little Hans). *Revue Francaise de Psychanalyse*. 2, 3. 1928. P 159
- [9] - Golse Bernard. « Bébés, enfants et adolescents dépressifs. Continuités et discontinuités », *Psychologie clinique et projective*, n° 14. DOI : 10.3917/ 2008. p 133
- [10] - Kleftras G. Dépression approche cognitive et comportementale, L'Harmattan. Paris, 2004. P 67
- [11] - Kovess V, Quemada N, Plantade A. Les troubles dépressifs chez l'enfant, Editions Frison-Roche. 1997. P 262
- [12] - Luby JL, Belden AC. Mood disorders: Phenomenology and a developmental emotion reactivity model. In: Luby JL, ed. Handbook of preschool mental health: Development, disorders, and treatment. New York, NY US: Guilford Press; 2006. p 215
- [13] - Marcelli Daniel. « Dépression de l'enfant, *Psychologie clinique et projective* », n° 9. DOI : 10.3917/ 2003. p 134
- [14] - Margerie G, L'enfant et la maladie chronique : Un défi infirmier, Haute Ecole de Santé Vaud, Filière Soins infirmiers, Haut école spécialisée de suisse occidentale. 2013. Pp 184-185
- [15] - Marie-Paule Durieux. Développement et troubles de l'enfant 0-12 mois, Éditeur responsable : Frédéric Delcor – Fédération Wallonie-Bruxelles. 2013. P 279
- [16] - Mian ND, Godoy L, Briggs-Gowan MJ. Patterns of anxiety symptoms in toddlers and preschool-age children: Evidence of early differentiation. *Journal of Anxiety Disorders*. 26(1): 2012. pp 102-110.
- [17] - Pedinieli J. Les états dépressifs, Armand colin. 2005. P 154
- [18] - Wichstrom L, Berg-Nielsen TS. Angold A. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 53(6): 2012. pp 93-95