

L'année pédiatrique

Quoi de neuf en pédopsychiatrie ?

Labilité émotionnelle : entre la “crise d'adolescence” et les adolescents en crise



E. HIRSCH¹, M. VIORRAIN², O. REVOL²

¹ Pôle infanto-juvénile, CH Drôme-Vivarais, MONTÉLÉGER,

² Service de psychopathologie du développement de l'enfant et de l'adolescent, CHU, BRON.

L'adolescence n'est pas la période idéale pour le contrôle des émotions. Les raisons sont psychologiques et neuro-développementales. Psychologiques d'abord, car l'adolescent est logiquement débordé par des impératifs qui s'entrechoquent. Il doit tout à la fois gérer ses multiples transformations (pubertaires, staturo-pondérales, affectives...), renoncer à l'enfance et ses illusions, et prendre de la distance vis-à-vis de sa famille. Neurologiques ensuite, car la maturation cérébrale se fait selon un gradient postéro-antérieur, d'arrière en avant. Le système limbique, “siège” émotionnel majeur, est mature bien avant le cortex préfrontal, responsable de la raison. Cette asynchronie de maturation rend compte des débordements constatés chez les adolescents, dont le cerveau bouillonnant ressemble à une puissante voiture de course qui dispose de toutes les options, sauf des freins ! Et qui risque à tout moment de déraiper...

La labilité émotionnelle : un concept trans-nosographique

Si elle est physiologique durant l'adolescence, l'instabilité émotionnelle est également retrouvée dans d'authentiques pathologies, comme les troubles de l'humeur, le TDAH ou les personnalités *borderline*.

Évaluer l'humeur des adolescents est un exercice indispensable mais complexe

durant cette période “critique” où certains excès peuvent être minimisés tant par les patients eux-mêmes que par leur famille et les professionnels de santé. “C'est normal, c'est l'adolescence !”. Par ailleurs, l'ado a tendance à masquer ses troubles de l'humeur derrière des manifestations atypiques (troubles anxieux, plaintes somatiques fonctionnelles récurrentes, décrochage scolaire ou irritabilité excessive) qui retardent le diagnostic.

Mais si les troubles de l'humeur sont souvent sous-estimés et sous-diagnostiqués à l'adolescence, ils peuvent à l'inverse être injustement dramatisés. De nombreux parents désarmés et impuissants face aux manifestations adolescentes “normales” de leur enfant viennent interroger le professionnel sur leur caractère pathologique ou non.

Surestimer les troubles de l'humeur de l'adolescent ou en négliger la gravité sont les deux mâchoires du même piège qui enserrant l'enfant et sa famille, contamine l'ambiance et complique la prise en charge.

Nous allons tenter d'apporter quelques éléments de clarification, en rappelant les symptômes atypiques de la dépression chez les adolescents. Nous insisterons sur les indices qui permettent de faire la distinction entre *troubles bipolaires* et *trouble de la personnalité borderline*. Enfin, nous décrirons un

nouveau concept, *l'irritabilité chronique sévère*, qui permet une relecture de certains comportements inclassables.

Le temps de la rencontre : un moment privilégié

Pour soigner les adolescents, il est important d'en prendre soin dès les premières rencontres. L'HAS [1] rappelle que ces jeunes sont la classe d'âge qui consulte le moins pour des troubles psychiques. On peut l'expliquer par leur difficulté à repérer et à exprimer leurs émotions, par la crainte d'être stigmatisés, ou encore la peur d'inquiéter leurs parents. Il est alors recommandé de pouvoir proposer un temps d'accueil où l'enfant est vu dans un premier temps avec ses parents, puis seul, avec la proposition de le revoir. L'objectif est d'instaurer un climat de confiance et d'écoute afin de l'aider à exprimer ses ressentis, d'approfondir l'évaluation

L'année pédiatrique

clinique et d'orienter dans des bonnes conditions vers un "psy". Une bonne connaissance des spécificités des adolescents du XXI^e siècle permet d'éviter certains écueils. Quelques astuces facilitent ce premier contact qui se révèle souvent décisif pour établir une alliance thérapeutique (**tableau I**).

Normal ou pathologique : des éléments de réponse

L'adolescence, dont le début coïncide avec l'émergence de la puberté, est une période de transition qui bouleverse les repères et entraîne une sensation de vulnérabilité. Les adolescents ressentent et expriment plus intensément leurs émotions. Plus impulsifs, leurs relations avec les adultes, surtout leurs parents, peuvent devenir conflictuelles. Les manifestations thymiques et comportementales peuvent être bruyantes. La labilité émotionnelle est donc une manifestation fréquente chez l'adolescent "normal", mais elle est aussi un symptôme commun à plusieurs pathologies présentes dans cette tranche d'âge. La fixation et la persistance du symptôme surtout hors de la famille, sa sévérité, son retentissement durable sur la vie relationnelle et scolaire, et son impact sur le développement doivent amener à consulter en milieu spécialisé. Il est important de rechercher une rupture avec l'état antérieur et l'existence d'antécédents familiaux de dépression ou de pathologie mentale. Le challenge est de repérer rapidement l'émergence de symptômes dépressifs, et d'aider l'adolescent et son entourage à les identifier.

Épisode dépressif caractérisé : adultes et adolescents, quelles différences ?

La prévalence de l'épisode dépressif majeur à l'adolescence varie entre 4 et 8 %, avec une sur-représentation féminine (deux filles pour un garçon).

– Passer par la périphérie

S'intéresser d'abord à ses loisirs avant de parler des symptômes pour lesquels il est amené.

– "Quels sont tes loisirs ? À quel moment te sens-tu heureux ?"

– "À quel jeu vidéo joues-tu ? Quelle série regardes-tu ?"

– Parler "cash"

Ils en ont l'habitude sur les réseaux sociaux.
Poser des questions directes sur l'alimentation, la sexualité, les idées suicidaires.

– "Trouves-tu que ta vie est dure ? T'arrive-t-il de penser qu'il vaudrait mieux ne plus vivre ?"

– "Tu aimerais être en couple avec quelqu'un ?"

– Parler "à côté"

Éviter le face à face réprobateur
Interroger l'ado en l'examinant, ou en regardant un écran.

– "Je ne connais pas le film dont tu me parles. On peut regarder ensemble sur internet ?"

– Reconnaître nos erreurs

Les jeux vidéo leur ont appris à accepter leurs erreurs. Ils attendent que l'adulte fasse de même.

– "Je n'aurais pas dû te proposer cette solution. On peut essayer un autre traitement si tu veux ?"

– Accepter de se laisser enseigner

Ils ont tous appris des choses à leurs parents.
Ils attendent que leur médecin fasse preuve d'humilité.

– "Tu peux m'expliquer le principe de ce jeu en ligne ?"

– "À ton avis, pourquoi les adolescents boivent-ils autant dans les soirées ?"

– Proposer des stratégies "Winners-Winners"

Ils adorent "gagner"...

– "Si je négocie avec tes parents pour qu'ils te rendent ton portable, qu'es-tu capable de proposer en échange ?"

– Convaincre plutôt que contraindre

On ne peut plus dire : "c'est comme ça et pas autrement...". Les adolescents peuvent vérifier sur Internet. Il faut savoir argumenter nos positions.

– "Le haschich est plus toxique que ce que l'on pense. Il se fixe sur le cortex frontal, qui est en pleine maturation à ton âge"

Tableau I : Conseils pour aborder l'adolescent en consultation [11].

L'épisode dépressif est à appréhender avec une lecture développementale des troubles : il est souvent en lien avec un processus d'individualisation/séparation et/ou une rupture du lien. Prendre en compte la famille et l'environnement est donc essentiel.

Sur le plan clinique, les classifications internationales optent pour un isomorphisme de la dépression à l'adolescence et à l'âge adulte, reconnaissant toutefois, quelques différences [2] (**tableau II**). Le diagnostic est évoqué devant la présence

d'au moins 5 des 9 symptômes cités ci-dessus (critères "classiques" ou leurs équivalents "atypiques") sur une période de deux semaines avec un changement par rapport au fonctionnement antérieur.

Le repérage d'un épisode dépressif caractérisé peut être difficile car l'expression symptomatique est souvent trompeuse, atypique et fluctuante. On rencontre fréquemment des plaintes somatiques, des signes psychotiques, des passages à l'acte suicidaire et une irritabilité [2,3]. Les manifestations d'excitation motrice

Les 9 critères "classiques"	Et leurs formes "atypiques"
– tristesse de l'humeur – diminution marquée de l'intérêt et du plaisir – perte d'appétit avec perte de poids – insomnie – ralentissement psychomoteur – fatigue, perte d'énergie – sentiment de culpabilité – baisse de la concentration – idéation suicidaire	– humeur irritable avec parfois hostilité, opposition passive, voire mouvements de colère brutaux et immotivés – perte sélective d'intérêt – boulimie, hyperphagie avec prise de poids, hypersomnie – agitation psychomotrice, excitabilité, – fatigue et anhédonie relatives – sentiment de dévalorisation avec perte d'estime de soi, – passage à l'acte, attitude de "transgression" (prise de drogue, comportement sexuel à risque)

Tableau II : Manifestations cliniques de la dépression à l'adolescence d'après C. Lamas, M. Corcos et les critères du DSM 5.

et d'agitation sont plus souvent présentes que le ralentissement psychomoteur et l'inhibition motrice, classiquement retrouvés chez l'adulte. Les adolescents se plaignent peu de leur tristesse mais utilisent plutôt des termes relatifs à l'ennui, à l'exaspération ou expriment pessimisme et culpabilité [3]. Chez les garçons, les manifestations sont principalement comportementales, externalisées, tandis que chez les filles, le corps prend une place centrale dans l'expression clinique (préoccupation autour de l'image du corps, douleurs diffuses...).

Il est important d'être sensible à l'inhibition psychique qui entraîne fréquemment une plainte (troubles subjectifs de la concentration) pouvant avoir un impact sur l'investissement scolaire.

Devant cette difficulté diagnostique, il est possible en pratique de s'étayer sur l'échelle ADRS (*Adolescent Depression Rating Scale*) pour affiner l'évaluation clinique [1]. Cette échelle existe en version patient et version clinicien. Des versions françaises ont été validées par Anne Revah-Levy [4] pour les adolescents non psychotiques, ne présentant pas de retard mental et âgés de 13 à 20 ans. Cette échelle permet une approche dimensionnelle et donc de repérer tant les formes subsyndromiques que les états dépressifs sévères. Elle a été construite en prenant

en compte 3 dimensions : *l'état émotionnel*, incluant l'irritabilité, le sentiment d'être submergé par l'expérience dépressive, les perceptions négatives de soi et les pensées morbides, *les manifestations cliniques* telles que le ralentissement psychique et les troubles du sommeil, et *le retentissement scolaire et social*.

Pour finir, on ne peut pas parler de dépression, sans insister sur l'importance de rechercher la présence d'une idéation suicidaire, retrouvée chez 70 % de ces adolescents [2]. Les résultats des études récentes sont préoccupants. L'enquête HBSC¹ menée en juin 2012 sur 1817 jeunes âgés de 15 ans, 11 % des filles et 5 % des garçons avaient fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois [3]. Or, nous savons qu'un tiers des patients récidivent dans l'année qui suit et que la gravité du geste augmente avec la répétition. Le taux de tentatives de sui-

cide est plus élevé chez les filles que les garçons. Cependant, les ¾ des suicidés sont des garçons. Il est donc important d'interroger les adolescents sur la présence d'idées suicidaires actuelles, et sur les antécédents de passage à l'acte personnels et familiaux (**tableau III**).

Trouble bipolaire (TB) et trouble de la personnalité *borderline* à l'adolescence (TPB) : comment faire la différence ?

Les diagnostics de troubles bipolaires ou de troubles de la personnalité *borderline* ont souvent été remis en cause à l'adolescence. Du fait de la vulgarisation de ces termes notamment dans les magazines people, il n'est pas rare que les parents nous demandent si leur adolescent n'est pas "*bipolaire*" ou "*borderline*".

1. Ombres et lumières

Commençons par un rappel sur *les troubles bipolaires*. L'épisode maniaque est défini par une période durant laquelle l'humeur est élevée, expansible ou irritable de façon anormale et persistante la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (ou nécessitant une hospitalisation). Cette période de variation de l'humeur est associée à au moins 3 des symptômes suivants : augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur, réduction du besoin de sommeil, plus grande commu-

- Questions claires et directes
- Intentionnalité : plan (où, comment, quand ?)
- Communication directe ou indirecte d'une intention suicidaire
- Antécédents personnels de tentative de suicide (circonstances précises), antécédents familiaux de tentative de suicide ou de suicide
- Évaluer les facteurs de risque personnel : dépression, abus de substances, alcool, troubles des conduites, troubles de la personnalité, psychose
- Rechercher un contexte relationnel favorisant les sentiments de perte, d'injustice, de rejet, d'humiliation : problèmes sentimentaux, situations d'exclusion, situations de tensions chroniques dans la famille
- Évaluer l'impulsivité
- Noter les comportements suspects : isolement, dons, messages, apaisement (calme apparent et retrait masquant le repli dans le fantasme suicidaire)

Tableau III : Évaluation du risque suicidaire d'après C. Lamas, M. Corcos et les recommandations HAS.

¹ Health Behaviour in School-aged Children

L'année pédiatrique

nicabilité, fuite des idées, distractibilité, augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation motrice, engagement excessif dans des activités à risque. La différence entre un épisode hypomaniaque et maniaque est la durée des symptômes (4 jours *versus* 7 jours) et l'intensité du retentissement (fonctionnement moins altéré dans l'hypomanie) [5].

Pour poser le diagnostic de trouble bipolaire de type I, il faut au moins un épisode maniaque (ou mixte). Un épisode mixte se définit par la présence simultanée d'un épisode maniaque et d'un épisode dépressif presque tous les jours pendant une semaine. Pour poser le diagnostic de trouble bipolaire de type II, il faut au moins un épisode hypomaniaque associé obligatoirement à un épisode dépressif.

Les particularités thymiques et comportementales de l'adolescent semblent évoluer avec l'âge. Chez les plus jeunes, les présentations cliniques se rapprochent de celle de l'enfant : l'expression d'une humeur exaltée ou d'idées de grandeur est moins présente et les symptômes retrouvés sont plutôt une labilité thymique, une irritabilité ou de la colère. Chez les plus âgés, des présentations cliniques sont similaires à celles de l'adulte [5].

Le taux des troubles bipolaires chez les jeunes âgés de 7 à 21 ans serait de 1,8 % [6]. En population générale, le *sex ratio* serait de 1. Mais en population clinique, il y aurait une sur-représentation féminine, sachant que les filles ont plus tendance à consulter.

On parle de trouble bipolaire non spécifié (TB-NS) en présence d'éléments bipolaires sans que tous les critères soient réunis pour poser un diagnostic de TB de type I, II ou de trouble cyclothymique (**tableau IV**).

2. Aux frontières de la normalité

Le diagnostic de *trouble de la personnalité borderline* est plus fréquent. Une

étude française réalisée en 2001 avait retrouvé, chez les adolescents scolarisés une prévalence de 10 % chez les garçons et 18 % chez les filles. Comme pour les troubles bipolaires, la plupart des auteurs rapportent un *sex ratio* de 1 en population générale, mais une surpopulation féminine en population clinique. Les troubles de la personnalité *borderline* ou limite font l'objet de nombreux travaux et articles dans la littérature française et internationale. Plusieurs approches s'y croisent pour une lecture différente du trouble : approche catégorielle, dimensionnelle, développementale, psychanalytique. Certains auteurs s'appuient sur les critères diagnostiques chez l'adulte du trouble de la personna-

lité *borderline* établis par le DSM 5 pour poser le diagnostic chez l'enfant et l'adolescent (**tableau V**).

Certains auteurs soulignent l'importance d'une lecture dimensionnelle du trouble de la personnalité à l'adolescence. Nous citerons, l'étude d'Auffrey [7] qui, dans une population clinique (adolescents hospitalisés ou suivis en ambulatoire dans une structure spécialisée) a mis en avant trois profils différents de trouble de la personnalité *borderline*.

Le profil 1 "*Trouble de la personnalité limite*", bien que plus rare (< 20 % de la cohorte), est le plus sévère avec notamment plus d'hospitalisations. Ces patients

- | |
|--|
| A. Existence pendant au moins 2 ans (au moins un an chez les enfants et les adolescents) de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques et dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode hypomaniaque ou dépressif caractérisé. |
| B. Durant cette période, les périodes hypomaniaques et dépressives ont été présentes pendant au moins la moitié du temps et la personne n'a pas connu de période de plus de 2 mois consécutifs sans symptômes. |
| C. Les critères pour un épisode dépressif caractérisé, maniaque ou hypomaniaque n'ont jamais été réunis. |
| D. Les symptômes du critère A ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble spécifique ou non spécifié du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique. |
| E. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale. |
| F. Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. |

Tableau IV : Trouble cyclothymique, selon le DSM 5.

- | |
|---|
| 1. Efforts épuisants pour éviter les abandons réels ou imaginés. |
| 2. Mode de relations interpersonnelles instables et intenses caractérisé par l'alternance entre des positions extrêmes d'idéalisation excessive et de dévalorisation. |
| 3. Perturbation de l'identité : instabilité marquée et persistante de l'image ou de la notion de soi. |
| 4. Impulsivité dans au moins deux domaines potentiellement dommageables pour le sujet (dépenses, sexualité, toxicomanie, conduite automobile dangereuse, crises de boulimie). |
| 5. Répétition de comportements, de gestes ou de menaces suicidaires ou d'automutilations. |
| 6. Instabilité affective due à une réactivité marquée de l'humeur. |
| 7. Sentiment chronique de vide. |
| 8. Colères intenses et inappropriées ou difficultés à contrôler sa colère. |
| 9. Survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutrice ou de symptômes dissociatifs sévères. |

Tableau V : Critères du trouble de la personnalité *borderline*, selon le DSM 5 (présence d'au moins 5 critères pour poser le diagnostic).

L'année pédiatrique

rapportent plus fréquemment un sentiment d'abandon, de vide, sont plus susceptibles de présenter des angoisses, des symptômes d'allure psychotique ou des troubles du comportement alimentaires. Des antécédents de traumatisme dans l'enfance sont également plus souvent retrouvés. Le retentissement social est important avec une inhibition dans la relation et un isolement social.

Le profil 2 "*Crise borderline*" regroupe des patients avec des symptômes plus hétérogènes, moins bruyants, mais qui présentent une plus grande intolérance à la frustration et des relations plus conflictuelles. Les parents de ces patients seraient plus souvent séparés que les parents des deux autres profils.

Le profil 3 "*Trouble borderline expressif labile*" représente la moitié des patients de la cohorte. Les symptômes sont bruyants : impulsivité, conduite à risque, certaine intolérance à la frustration. Ils ont cependant une bonne verbalisation émotionnelle et une meilleure intégration sociale.

3. Des diagnostics à envisager avec prudence

En présence d'un épisode maniaque franc, le diagnostic reste assez simple. Cependant faire la différence entre une présentation mixte, un trouble bipolaire de type II, un trouble cyclothymique et un trouble de la personnalité *borderline* n'est pas toujours évident. Dans 20 % des cas, il y a une confusion diagnostique, principalement du fait de symptômes communs comme la labilité émotionnelle, l'irritabilité, l'impulsivité et les conduites à risque. L'une des principales différences est la notion d'"épisodes" dans le trouble bipolaire. Certains auteurs préconisent pour établir le diagnostic de trouble bipolaire de repérer initialement une période, distincte dans le temps, de perturbation de l'humeur, puis d'y rechercher la présence de symptômes maniaques, hypomaniaques ou dépressifs. L'utilisation d'agenda ou de diagramme de l'humeur peut être intéres-

sante pour une analyse clinique plus fine. Parmi les particularités du trouble de la personnalité *borderline*, nous recherchons *le sentiment de vide chronique* et *les efforts effrénés pour éviter les abandons réels ou imaginaires*.

Des études sont en cours pour préciser les différences entre les symptômes d'instabilité émotionnelle, d'impulsivité et d'hostilité attribués aux troubles bipolaires et aux troubles de la personnalité *borderline* et pour valider, en langue française, l'échelle de labilité émotionnelle adaptée à la population adolescente [8].

Rappelons que le temps a aussi son importance, et que c'est l'évolution des symptômes qui permettra d'orienter au mieux les professionnels. Il n'est pas rare que les diagnostics posés à l'adolescence ou dans les premières années du trouble soient amenés à être modifiés. D'ailleurs, l'évolution du trouble de la personnalité *borderline* à l'adolescence est incertaine. Certains auteurs parlent alors de "*crise borderline*".

Un nouveau concept, l'irritabilité chronique sévère [9]

L'augmentation du diagnostic de trouble bipolaire pédiatrique et sa sur-médication ont fait apparaître un nouveau concept, celui d'*irritabilité chronique sévère*. Les données longitudinales ont effectivement permis de faire la différence entre ce concept et le diagnostic de trouble bipolaire. En effet, l'irritabilité sévère et chronique ne se manifeste pas par épisodes bien délimités et évoluerait plutôt vers des troubles dépressifs ou anxieux (trouble anxieux généralisé) que vers un trouble bipolaire. Les hypothèses neurobiologiques sont : une faiblesse des processus frontaux, un défaut de traitement des *stimuli* émotionnels et des troubles dans le traitement des informations contextuelles.

S'il n'existe pas encore de classification précise de ce trouble, il s'apparente au trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur et apparu dans le DSM 5 (*tableau VI*).

A – Crises de colère sévères récurrentes se manifestant verbalement (ex : accès de fureur verbale) et/ou dans le comportement (ex : agressivité physique envers des personnes ou des objets) qui sont nettement hors de proportion en intensité et en durée avec la situation ou la provocation.
B – Les crises de colère ne correspondent pas au niveau de développement.
C – Les accès de colère surviennent en moyenne, trois fois par semaine ou plus.
D – L'humeur reste irritable entre les accès de colère. Presque chaque jour, la plupart de la journée, l'humeur entre les accès de colère est constamment irritable ou en colère. L'irritabilité ou l'humeur colérique est observable par d'autres (par exemple, les parents, les enseignants, les pairs).
E – Les critères A – D sont présents pendant 12 mois ou plus. Pendant tout ce temps, la personne n'a pas eu 3 mois ou plus consécutifs sans les symptômes de critères A – D.
F – Le critère A et D est présent dans au moins deux parmi trois situations (à la maison, à l'école ou avec les pairs) et sont sévères dans au moins une des situations.
G – Le diagnostic ne peut être porté pour la première fois avant l'âge de 6 ans ou après l'âge de 18 ans.
H – D'après l'anamnèse ou l'observation, l'âge de début des critères A à E est inférieur à 10 ans.
I – Il n'a jamais eu de période distincte de plus d'une journée, pendant laquelle ont été réunis tous les critères symptomatiques, à l'exception de la durée, d'un épisode maniaque ou hypomaniaque.
J – Les comportements ne se produisent pas exclusivement au cours d'un épisode de trouble dépressif caractérisé et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental (ex : trouble du spectre de l'autisme, stress post-traumatique, anxiété de séparation, trouble dépressif persistant).
K – Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale ou neurologique.

Tableau VI : Critères diagnostiques du trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur selon le DSM 5.

Là encore, le diagnostic différentiel avec l'adolescence normale peut être délicat. On retiendra que l'irritabilité dédiée uniquement au milieu familial et totalement absente à l'extérieur est plutôt le signe d'une adolescence standard [10].

Conclusion

Analyser les causes de fragilité émotionnelle, puis poser un diagnostic de troubles de l'humeur est un exercice complexe à l'adolescence, période instable par excellence. Certains éléments recueillis lors de la rencontre avec l'adolescent et sa famille peuvent nous aiguiller (**tableau VII**) mais c'est souvent l'évolution du patient et le suivi qui nous permettront d'y voir plus clair. Ces interrogations cliniques et diagnostiques ont un impact sur le traitement des patients [11].

S'il ne faut pas se précipiter pour introduire un traitement médicamenteux, il est en revanche essentiel de créer un climat de confiance, propice aux confidences, d'évaluer objectivement la fréquence et l'intensité des symptômes. La notion de "rupture" récente et durable dans le comportement, ainsi que l'impact sur la vie familiale, scolaire et sociale doivent inciter à orienter vers une consultation pédopsychiatrique.

BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Recommandation de bonne pratique : Manifestations dépressives à l'adolescence. Réperage, diagnostic et prise en charge en soins de premiers recours, 2014.
2. LAMAS C, CORCOS M. Dépression à l'adolescence. *Médecine*, 2007;3:114-117.

	Trouble bipolaire	Trouble de la personnalité <i>borderline</i>	Trouble dysruptif avec dysrégulation de l'humeur
Début – évolution	– Formes précoces rares, début adolescence/jeune adulte – Notion d'épisodes. – Rupture avec l'état antérieur	– Chronicité même si régression possible – "crise <i>borderline</i>" à l'adolescence	– Précoce (début < 10 ans) – Chronique – Évolue plutôt vers troubles dépressifs et anxieux
Particularités cliniques	– Épisodes dépressifs, hypomaniaques ou maniaques remplissant les critères de durée	– Mouvements d'humeur pluriquotidiens réactionnels – Conduites auto-agressives – Sentiment de vide – Instabilité relationnelle marquée par la peur de l'abandon – Perturbation de l'image de soi	– Mouvements d'humeur pluriquotidiens avec accès de colère et irritabilité

Tableau VII : Différences entre trouble bipolaire, trouble de la personnalité *borderline* et trouble dysruptif avec dysrégulation de l'humeur.

3. POMMEREAU X, SIBÉONI J, MORO MR *et al.* Dépression à l'adolescence. Toute rupture dans le parcours est un contresens. *Concours Méd*, 2014; Tome 136 (N°1).
4. REVAH-LEVY A, BIRMAHER B, GASQUET I *et al.* The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) : a validation study. *BMC Psychiatry*, 2007;7:2.
5. HUYNH C. Étude exploratoire et comparative du trouble bipolaire et du trouble de personnalité limite à l'adolescence, 2009.
6. DILER RS, BIRMAHER B. Bipolar disorder 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.
7. AUFFREY A, LENOIR P, GAUVREAU C *et al.* Trouble de personnalité limite à l'adolescence : quelle réalité clinique ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*, 2017.
8. GUILÉ JM, CHAPDELAIN C, DESROSIERS L *et al.* Étude Préliminaire de Fiabilité de l'Échelle de Labilité Émotionnelle Adaptée pour Adolescents dans une Population Interne Francophone. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2009;18:293.
9. FOURNERET P, DESOMBRE H. Le concept d'irritabilité chronique sévère : une dimension clinique à prendre en compte chez l'enfant et l'adolescent. *L'Encéphale*, 2017; 43:187-191.
10. REVOL O. *J'ai un ado mais je me soigne !*, 2010;259.
11. REVOL O, MILLIEZ N. Psychological impact of acne on 21st century adolescents. Decoding for better care. *British J Derm*, 2015.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.