

## Le dossier – Psychiatrie de l'enfant

# Dépression de l'enfant : savoir l'évoquer

**RÉSUMÉ:** Le repérage des symptômes dépressifs chez l'enfant nécessite de les différencier des difficultés émotionnelles transitoires, fréquentes dans des situations de changements. Bien que les symptômes dépressifs soient identiques quel que soit l'âge, l'humeur irritable et les problèmes de comportement qui en découlent sont très souvent aux premiers plans chez les plus jeunes. Les facteurs environnementaux d'adversité sont le plus souvent multiples, fréquemment entretenus par les problèmes de comportement de l'enfant déprimé, et pouvant s'étendre aux domaines de sa vie. Si de nombreuses psychothérapies ont montré leur efficacité sur les symptômes dépressifs chez l'enfant, certaines composantes semblent primordiales : reconnaître et valider les affects dépressifs, encourager une élaboration individuelle sous forme narrative plus ou moins soutenue par des médiations adaptées à l'âge, soutenir des représentations parentales (sans banalisation, ni dramatisation), et enfin s'appuyer sur les ressources extra-familiales.



**X. BENAROUS<sup>1, 2</sup>, A. MALLIART<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Pédopsychiatre. Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Pitié-Salpêtrière, PARIS.

<sup>2</sup> Psychologue. Service de Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent – Centre de Victimologie des mineurs, Hôpital Armand-Trousseau, PARIS.

### Introduction

La reconnaissance de symptômes dépressifs chez l'enfant est souvent contre-intuitive pour l'entourage familial ainsi que les professionnels de santé non spécialisés. L'idée que l'enfance est une période d'insouciance (et l'enfant innocent par nature) reste une croyance populaire forte, enracinée dans un héritage judéo-chrétien, qui persistera tout au long des Lumières (comme en témoignent, par exemple, les traités de Locke en 1689 ou de Rousseau en 1782).

Dans les années 40, René Spitz [1] et Anna Freud [2] décrivent les réactions de retrait chez des nourrissons placés en institution, séparés de leurs principaux donneurs de soin. Le terme de **dépression anaclitique** est forgé par Spitz, par analogie aux symptômes dépressifs observés chez l'adulte (ex : perte d'intérêt pour le contact, manque de sourire, apathie, stupeur). Dans les années qui suivent, Mélanie Klein [3], psychothérapeute pour enfants à la Tavistok Clinic de Londres, s'est intéressée aux affects dépressifs du nourrisson comme processus psychopathologique normal (*position dépressive*)

venant témoigner de l'émergence de mécanismes de défense plus élaborés. Les travaux sur la théorie de l'attachement ont permis de souligner l'importance des perturbations des liens parent-enfant dans la survenue de réactions d'apathie et de retrait du nourrisson [4].

Les études épidémiologiques conduites en population générale utilisant des critères standardisés du trouble dépressif ont confirmé l'existence de troubles dépressifs avant la puberté. La prévalence d'état dépressif entraînant une souffrance clinique significative est estimée entre 1-2 % des enfants prépubères [5], avec un ratio garçon-fille équilibré.

Sur la base de travaux empiriques, l'isomorphisme des critères de dépression, quel que soit l'âge, a été adopté depuis le DSM-III et reste d'actualité. Dans le DSM-5 [6], à côté de l'épisode dépressif majeur qui se caractérise par la persistance pendant au moins 2 semaines de symptômes dépressifs invalidants, ont été identifiés des troubles dépressifs associés à une humeur négative chronique (trouble dépressif persistant, trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle).

## Le dossier – Psychiatrie de l'enfant

L'implication de ces nouvelles formes sur le plan thérapeutique n'est pas claire.

### Diagnostic

#### 1. Critères diagnostiques

L'enfant doit être interrogé à différentes reprises en collectant des informations de milieu différent pour documenter le retentissement dans différents domaines de la vie. Les informateurs extérieurs (parents, enseignants) ont tendance à sous-estimer la sévérité des symptômes émotionnels chez l'enfant [7].

Si les symptômes cliniques sont identiques à ceux des adultes (*tableau I*), il existe une prédominance d'une humeur irritable et la présence de troubles du comportement au premier plan, masquant les symptômes internalisés.

#### 2. Présentation clinique

Il existe de nombreux pièges diagnostiques à cet âge :

>>> **Premièrement**, la souffrance dépressive chez le jeune enfant se présente, dans l'extrême majorité des cas, de façon indirecte par des plaintes psychosomatiques ou des difficultés comportementales. Toutefois, la sensibilité aux normes sociales est moins grande que chez l'adolescent. L'enfant répond donc volontiers sur sa souffrance dépressive quand il est interrogé sans détours.

>>> **Deuxièmement**, il est parfois délicat de déterminer si l'état clinique actuel représente un changement par rapport au niveau de fonctionnement antérieur du jeune ou de distinguer les symptômes de l'humeur des variations de l'humeur, normales chez les plus jeunes enfants [8]. C'est d'autant plus vrai qu'il existe des troubles psychiatriques ou neurodéveloppementaux associés (trouble anxieux, trouble de l'attachement, trouble de stress post-traumatique, trouble avec déficit de l'attention, etc.).

>>> **Troisièmement**, les difficultés d'élaboration des affects, qu'elles soient liées à l'immaturité affective, à des dif-

ficultés de communication associées, à une insécurité relationnelle, rendent compte de l'importance de l'expression

Au moins cinq des symptômes suivants ont été présents durant la même période de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un de ces symptômes est soit [1] une humeur dépressive, soit [2] une perte.	
Critères diagnostiques	Caractéristiques liés à l'âge
1. Humeur dépressive la plus grande partie de la journée, presque tous les jours	L'humeur irritable est plus fréquente. Sentiment d'être débordé par la tristesse, le chagrin, le découragement
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours	Perte de motivation pour l'école, puis les autres activités extra-scolaires ou monotonie des activités autour de centres d'intérêts peu variés, peut devenir auto- ou hétéro-agressif quand il est sollicité pour des activités sociales
3. Perte de poids significative ou gain de poids ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours	Absence de prise de poids, mérycisme, risque de retard de croissance
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours	Difficulté à s'endormir, se réveille tôt le matin, dort excessivement, augmentation des comportements problématiques tard le soir ou très tôt le matin, se réveille toute la nuit, dort très peu la nuit et semble fatigué
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours	Manque d'énergie pour aller en classe, inertie mentale, difficultés à se concentrer, mimique pauvre, peu d'initiatives, vocalise beaucoup plus ou moins que d'habitude
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours	Semble fatigué ou déclare se sentir fatigué, refuse ou s'agite quand il est sollicité pour des activités qui nécessitent un effort physique, passe plus de temps assis ou allongé, cernes sous les yeux
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours	Tient des propos négatifs sur soi ; s'identifie comme mauvais ; s'attend (ou recherche) une punition, se reproche des choses infondés ; crainte excessive que les adultes se fâchent contre lui ou le rejette même après des transgressions mineures ; cherche à être rassuré en permanence
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours	Facilement distrait ou incapable d'accomplir des tâches, moins disponible pour les activités, paraît plus négligé
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider	Parle de la mort, de personnes décédées ou de préoccupations morbides, de plaintes physiques irréalistes ou infondées et de craintes de maladie ou de mort, menace de se suicider ou de se faire du mal ou a tenté de se suicider (par exemple, actes dangereux impulsifs inhabituels).
Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.	
L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.	

Tableau I : Critères diagnostiques du DSM-de l'épisode dépressif majeur.

motrice de la souffrance dépressive. Au lieu d'être vécu sur un mode internalisé, la souffrance dépressive peut être mise en acte sous forme de recherche de comportement punitif, venant confirmer le vécu d'être "méchant" ou "mauvais". La notion de "défense maniaque", proposée par M. Klein [3], renvoie aux états d'agitation psychomotrice et de propos marqués par une forme d'omnipotence infantile, témoignant de la prédominance de mécanismes de défense immatures pour lutter contre les affects dépressifs.

### 3. Évolution

Le désinvestissement affectif et le retrait relationnel finissent par affecter l'ensemble des domaines de fonctionnement de l'enfant (amical, scolaire, familial) et viennent impacter ses capacités adaptatives émergentes. Les risques évolutifs sont (i) la progression insidieuse vers des formes persistantes ou récurrentes et (ii) des conduites suicidaires qui engagent à court terme le pronostic vital, puisqu'il s'agit de la troisième cause de mortalité à cet âge. Le comportement agressif-réactif, l'irritabilité et l'impulsivité sont des facteurs de risque de passage à l'acte chez les enfants en cas d'idées suicidaires [9].

## ■ Facteurs étiologiques

### 1. Facteurs de risque

Parmi les facteurs de risque de dépression pédiatrique (**tableau II**), certains sont plus fréquemment retrouvés dans les formes très précoces : retard de développement, maladie physique, soins parentaux inadaptés (y compris l'instabilité parentale et séparation), abus sexuels, problèmes avec les pairs et conduites transgressives.

L'existence de troubles psychopathologiques, en particulier thymique, chez les parents est très souvent retrouvée. La contribution des facteurs génétiques dans l'héritabilité des formes dépres-

sives chez les enfants prépubères est toutefois insignifiante (0-1 % contre près de 30 % pour les formes survenant chez le grand adolescent) [10]. L'impact des facteurs environnementaux est principalement médié par leur influence sur :

- **La richesse et la qualité des interactions** parent-enfant impliqués dans la construction chez le nourrisson d'une conscience de soi en relation avec autrui [11]. L'influence des soins de maternage sur la maturation des systèmes biologiques impliqués dans la réponse au stress (en particulier système hypothalamo-hypophysaire) a été bien montrée, à la fois dans des modèles animaux et chez l'homme [12].

- **Les stratégies de régulation** des émotions peu opérantes peuvent être transmises du parent à l'enfant *via* des mécanismes d'apprentissage par imitation. Des stratégies de *coping* inadaptées (éviter, suppression de l'expression émotionnelle) constituent alors une vulnérabilité à la survenue de troubles émotionnels ultérieurs.

- **La survenue de nouvelles situations** d'adversité dans l'enfance (**fig. 1**).

### 2. Troubles associés

La comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques est la règle. Pour certains

auteurs, un trouble dépressif ne survient jamais sans autre forme comorbide de psychopathologie, en particulier un trouble anxieux [13]. L'analyse fine de l'histoire d'apparition des symptômes doit aider à distinguer les diagnostics différentiels, les diagnostics associés qui contribuent à la vulnérabilité (ex : trouble déficit de l'attention), et des complications éventuelles (ex : trouble oppositionnel avec provocation). Il est parfois difficile d'établir une démarcation claire entre les traits de vulnérabilité et les symptômes de l'humeur, tant la dépression de l'enfant s'enracine dans des facteurs de vulnérabilité liés à une perturbation de l'attachement et une mauvaise régulation affective plus tôt dans la vie [8].

## ■ Approches thérapeutiques

### 1. Psychothérapie

Les psychothérapies sont toujours le traitement de 1<sup>re</sup> intention (**tableau III**). Toutes les thérapies structurées ont des effets comparables à long terme [14]. Certaines composantes de ces psychothérapies semblent primordiales, comme reconnaître les affects dépressifs de l'enfant, encourager une élaboration individuelle sous forme narrative plus ou moins soutenue par des médiations adaptées à l'âge [15]. Le travail avec la famille est primordial. L'objectif est de

Facteurs individuels	Facteurs familiaux	Facteurs psychosociaux
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Antécédent de dépression</li> <li>● Fille</li> <li>● Puberté</li> <li>● Maladie somatique chronique</li> <li>● Difficultés d'apprentissage*</li> <li>● Faible estime de soi et style de pensées négatives</li> <li>● Trouble psychiatrique comorbide</li> <li>● Expériences traumatiques*</li> <li>● Deuil et perte</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Histoire familiale de dépression</li> <li>● Histoire familiale de trouble bipolaire</li> <li>● Abus de substance par les parents</li> <li>● Abus, négligence grave*</li> <li>● Style d'éducation parentale négatif (rejet, manque de soin)*</li> <li>● Conflits parent-enfant*</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Harcèlement</li> <li>● Délinquance</li> <li>● Placement*</li> <li>● Statut de réfugié, logement inadéquat, demandeur d'asile*</li> </ul>
<p>Note : *facteurs de risque plus spécifiques au trouble dépressif des enfants et des adolescents qu'à l'apparition du trouble dépressif à l'âge adulte</p>		

Tableau II : Facteurs de risque de dépression pédiatrique.

# Le dossier – Psychiatrie de l'enfant

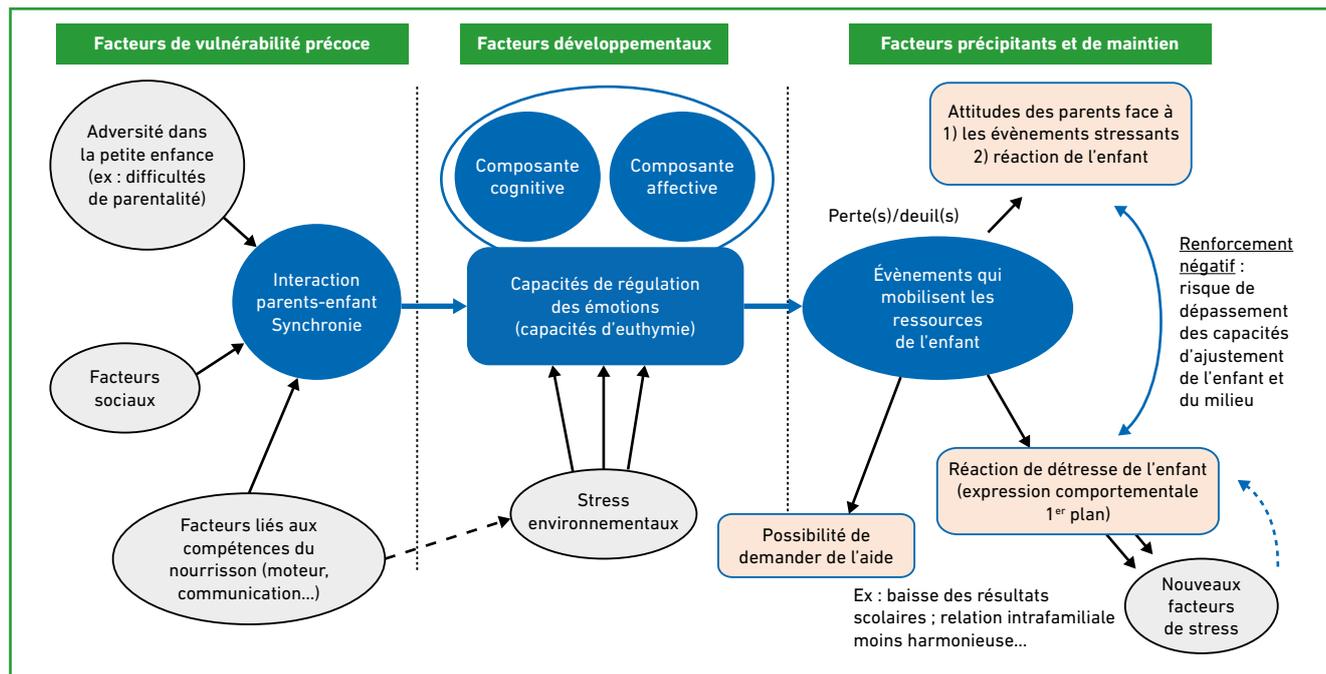


Fig. 1 : Modèle développemental des troubles dépressifs pédiatriques.

- Ce modèle insiste sur (i) l'importance des facteurs de maintien des symptômes dépressifs, indépendamment des facteurs étiologiques précoces, et donc de l'importance du travail avec la famille ; (ii) l'importance des cascades d'événements de vie difficiles, du fait des manifestations comportementales de la dépression de l'enfant ; (iii) la continuité entre les vulnérabilités préexistantes (difficultés de capacités de régulation des émotions, attachement insécure, fragilités narcissiques) et tableau dépressif pouvant être interprété comme un tableau de détresse émotionnelle dépassé ; (iv) l'importance d'identifier des difficultés développementales (moteur, langage, attention, etc.) qui influencent à tous les niveaux la vulnérabilité à la dépression pédiatrique.
- Plus l'enfant est jeune, plus les modalités de régulation des émotions impliquent des processus mutuels et réciproques avec les adultes qui s'occupent de lui. La faible capacité des parents à anticiper les besoins de l'enfant et à y répondre constitue un facteur de risque critique de dépression les plus précoces. À mesure que l'enfant développe un sentiment de conscience de soi et des capacités cognitives (3 à 5 ans), il peut développer des stratégies de réévaluation cognitive pour réguler ses propres émotions. L'environnement continue à jouer un rôle clé pour renforcer ou invalider les réponses émotionnelles de l'enfant.
- Les manifestations de colère ou d'impuissance peuvent être vues comme une conséquence d'une humeur dépressive, mais aussi comme une stratégie adaptative de l'enfant pour maintenir une attention-disponibilité de l'adulte.

Approche psychanalytique	Approche cognitivo-comportementale	Approche familiale/systemique
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentiment de deuil et de désillusion indépassable</li> <li>• Lié à la perte d'objet réel (perte d'un parent, décès, divorce) ou symbolique (perte de soutien, d'attention)</li> <li>• La culpabilité résulte d'affect d'agressivité retourné contre soi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réactivation de schémas cognitifs négatifs formés dans la petite enfance.</li> <li>• Pensées automatiques négatives liées à des distorsions cognitives, (faible estime de soi, faible confiance en l'avenir, faible confiance dans l'être humain)</li> <li>• L'évitement des situations entretient les schémas de pensées préexistants et donc l'humeur dépressive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fonctionnement de la famille qui empêche l'enfant d'accomplir les tâches de développement attendues pour l'âge</li> <li>• Incapacité à répondre aux besoins de l'enfant (discorde parentale, divorce, maltraitance, placement, critiques parentales excessives, humiliation...)</li> <li>• Impasse pour assumer des choix du fait de conflit de loyauté</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Libre-association (rêves, jeu, dessins)</li> <li>• Réactualisation de l'expérience dans la relation avec le thérapeute (transfert)</li> <li>• Attention au traumatisme et expérience de perte</li> <li>• Aménagement du cadre comme psychodrame analytique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoéducation sur les symptômes et surveillance de l'évolution de son humeur</li> <li>• Approches comportementales pour lutter contre l'évitement (proposer de planifier des activités plaisantes)</li> <li>• Techniques de restructuration cognitive (focalise sur les pensées automatiques et schémas de pensée) difficiles chez les plus jeunes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mobilisation des capacités de communication du groupe (autour de questions mineures ou importantes) en encourageant les prises de perspective</li> <li>• Encourager des modalités de communication ouvertes, réflexives</li> <li>• Attention à la répétition de schémas transgénérationnelles qui entretiennent résonances traumatiques et éventuelles contre-attitudes</li> </ul>

Tableau III : Principales théories psychologiques pour la dépression pédiatrique, de [15].

soutenir des représentations parentales sur les difficultés de son enfant (sans banalisation, ni dramatisation) et lutter contre les éventuelles contre-attitudes (rejet, agressivité en miroir, etc.) alimentées par un vécu de culpabilité parentale. La qualité du lien avec les parents (même s'ils ne peuvent pas être présents en consultation) va être primordiale pour permettre l'alliance de l'enfant qui perçoit l'autorisation implicite aux soins de son entourage. Il est important de s'appuyer sur les ressources extra-familiales, d'autant plus dans les contextes de forte adversité psychosociale.

## 2. Médicaments

La place des traitements antidépresseurs dans la dépression de l'enfant est beaucoup plus limitée que chez l'adolescent ou l'adulte. Les essais cliniques montrent nettement que les enfants prépubères avec un épisode dépressif répondent moins bien aux traitements inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (ISRS) que les adolescents, avec un effet qu'il est difficile de distinguer de l'effet placebo [15]. Le bénéfice d'un traitement par ISRS est plus marqué dans la prise en charge des troubles anxieux et des troubles obsessionnels-compulsifs qui sont des comorbidités fréquentes. En France, seule la fluoxétine a l'AMM pour les enfants âgés de plus de 8 ans en cas d'épisodes dépressifs modérés à sévères. Du fait de l'importance des effets indésirables, en particulier cardiaques, les antidépresseurs tricycliques n'ont aucune place dans le traitement des troubles psychiatriques de l'enfant.

## ■ Conclusion

La dépression du jeune enfant est un syndrome complexe sans lignes de démarcation claires avec d'autres troubles psychiatriques et des problèmes de dérégulation émotionnelle et d'attachement préexistants.

De nombreux facteurs de risque environnementaux précoces sont médiés par des processus psychopathologiques courants, par exemple une perturbation des processus d'interactions précoces parent-enfant.

La reconnaissance du trouble est importante pour proposer des traitements adaptés qui couvrent l'hétérogénéité des patients et de leur famille.

## BIBLIOGRAPHIE

- SPITZ R, WOLF K. Anaclitic depression. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. II. *Psychoanal Study Child*, 1946;2:313-342.
- FREUD A. "Infants Without Families Reports on the Hampstead Nurseries," in *The Writings of Anna Freud*: 8 Volumes, 1966 (New York: Indiana University of Pennsylvania).
- KLEIN M. Some theoretical conclusions regarding the emotional life of the infant, 1952.
- BOWLBY J. *Loss: sadness and depression*. London: Hogarth Press, 1980: 280 p.
- COSTELLO EJ, ERKANLI A, ANGOLD A. Is there an epidemic of child or adolescent depression? *J Child Psychol Psychiatry*, 2006;47:1263-1271.
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author, 2013.
- DE LOS REYES A, KAZDIN AE. Informant discrepancies in the assessment of childhood psychopathology: a critical review, theoretical framework, and recommendations for further study. *Psychological Bulletin*, 2005;131: 483-509.
- CONSOLI A, COHEN D. Manic-like symptoms in youths: diagnosis issues and controversies. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2013;61: 154-159.
- Benarous X, Consoli A, Cohen D. Suicidal behaviors and irritability in children and adolescents: a systematic review of the nature and mechanisms of the association. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2018.
- THAPAR A, RICE F. Twin studies in pediatric depression. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, 2006;15:869-881.
- TREVARTHEN C, MARWICK H. Signs of motivation for speech in infants, and the nature of a mother's support for development of language. In Z. R. Lindblom B (Ed.), *Precursors of early speech*, 1986.
- MEANEY MJ. Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations. *Annu Rev Neurosci*, 2001;24:1161-1192.
- MURATORI F, PICCHI L, BRUNI G. A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2003;42:331-339.
- ZHOU X, TENG T, ZHANG Y *et al*. Comparative efficacy and acceptability of antidepressants, psychotherapies, and their combination for acute treatment of children and adolescents with depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2020;7:581-601.
- COHEN D, DENIAU E, MATURANA A *et al*. Are child and adolescent responses to placebo higher in major depression than in anxiety disorders? A systematic review of placebo-controlled trials. *PLoS One* 3, 2008;e2632.

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