

Les troubles dépressifs de l'enfant

Docteur Philippe-Xavier KHALIL
Médecin des Hôpitaux
CHM – Saint-Claude

Introduction

- La maladie dépressive chez l'enfant semble devoir être constamment réaffirmée comme si son existence n'allait pas de soi
- Au congrès de Stockholm (1971), la réalité clinique du trouble thymique est acceptée chez l'enfant

Introduction

- Elle dépend de la rigueur des critères diagnostiques et la sémiologie continue à être l'objet de nombreux débats
- Sémiologie spécifique de l'enfant ?
- L'expression dépressive est-elle stable au cours des âges ?

Introduction

- Les classifications diagnostiques internationales, les CIM-11 et DSM-V adoptent ce dernier point de vue même si elles reconnaissent quelques particularités
- La classification française CFTMEA retient l'idée d'une spécificité

Introduction

- En réalité, il existe un consensus sur les éléments sémiologiques de l'épisode dépressif proprement dit
- En revanche, les questions restent nombreuses sur la sémiologie de la maladie dépressive, la maladie dysthymique, la maladie ou trouble bipolaire, la double dépression (association épisode dépressif majeur + dysthymie)

Introduction

- Ces différentes appréciations conduisent à s'interroger sur la place qu'occupe un éventuel état dépressif durable dans le cours du développement et de la maturation d'un enfant
- Quelles sont les stratégies de lutte contre cette dépression à travers les mécanismes de défenses ?

Introduction

- Multiplication et accumulation de symptômes témoins possibles d'une maladie dépressive
- Problème de la spécificité symptomatique à travers la question de la comorbidité importante et hétérogène

Introduction

- La réalité clinique montre la pertinence de certains regroupements syndromiques, en particulier à travers la description de l'épisode dépressif majeur

Introduction

- **Perception commune** dans le langage de l'enfant, les parents et le clinicien : *perte d'estime de soi – anhédonie – autodépréciation* doivent prendre un véritable sens clinique
- **Position adoptée par la conférence de consensus** (1997) sur les troubles dépressifs chez l'enfant

Éléments de sémiologie

Episode dépressif de l'enfant

- Au décours d'un événement ayant valeur de perte ou de deuil (séparation des parents, décès d'un membre de la famille)
- Parfois, un événement qui peut apparaître aux yeux des adultes comme plus anodin (déménagement, mort d'un animal domestique, éloignement d'un camarade, etc.)

Éléments de sémiologie

Episode dépressif de l'enfant

- Installation progressive de l'épisode dépressif avec un comportement de l'enfant modifié par rapport à la situation antérieure
- Ralentissement psychomoteur et inhibition motrice marqués par une certaine lenteur
- Un visage peu expressif, peu mobile et peu souriant

Éléments de sémiologie

Episode dépressif de l'enfant

- **Enfant décrit comme sage**, voir « trop sage », presque indifférent, soumis à tout ce qui lui est proposé
- **Mais**, le plus souvent on constate une certaine instabilité ou agitation surtout quand on lui demande certaines tâches et/ou moments d'attention

Éléments de sémiologie

Episode dépressif de l'enfant

- Ces moments d'agitation sont souvent entrecoupés de moments de repli ou inertie (« absent » et/ou indifférent)
- L'irritabilité prend souvent la forme de colère
- Interruption des activités ludiques ou culturelles

Éléments de sémiologie

Episode dépressif de l'enfant

- Perte de l'estime de soi : « *Je suis bon à rien* », la dévalorisation s'exprime souvent à travers l'expression d'un doute immédiat face à une question, une tâche demandée (dessin, jeu)
- Le sentiment de perte d'amour (parents, amis etc.)

Éléments de sémiologie

Episode dépressif de l'enfant

- La difficulté à penser, être attentif au travail entraîne souvent une fuite, un évitement ou un refus du travail scolaire
- Les troubles de l'appétit : comportement anorectique dans la petite enfance (stagnation pondérale), comportement de boulimie chez le grand enfant ou le préadolescent

Éléments de sémiologie

Episode dépressif de l'enfant

- **Sommeil difficile** avec opposition au coucher amplifie le conflit avec les parents
- **Les cauchemars** participent de la composante anxieuse ainsi que les peurs fréquentes

Éléments de sémiologie

Episode dépressif de l'enfant

- Maux de ventre et maux de tête sont fréquents à la jonction des problématiques anxieuse et dépressive
- La fatigue chronique doit aussi alerter le clinicien

Éléments de sémiologie

Episode dépressif de l'enfant

- Les idées de mort ou de suicide sont parfois exprimées et sont souvent le motif déclenchant la consultation
- L'épisode dépressif s'apprécie par la conjonction de ces symptômes, leur permanence dans le temps et la modification comportementale nette qu'ils induisent sont très caractéristiques

Éléments de sémiologie

Episode dépressif de l'enfant

- La méconnaissance de cet état dépressif est grave car les symptômes peuvent entraîner une désadaptation progressive de la scolarité, confirmer la dévalorisation de l'enfant en accentuant souvent la non-compréhension entre parents et enfant

Éléments de sémiologie

Episode dépressif de l'enfant

- Ces symptômes se compliquent souvent de manifestations sur-ajoutées (anxiété, troubles du comportement exacerbés, conduites d'allure oppositionnelle ou délinquante)

Éléments de sémiologie

Episode dépressif de l'enfant

- Ces manifestations peuvent progressivement installer l'enfant dans la « *maladie dépressive* » qui s'apparente souvent à un réaménagement en forme de déni de la dépression

Éléments de sémiologie

Maladie dépressive

- A côté de l'épisode dépressif, certains enfants présentent une symptomatologie soit plus pauvre, soit plus floue mais surtout plus durable dans la mesure où elle est souvent ignorée ou déniée, en premier lieu par les parents

Éléments de sémiologie

Maladie dépressive

- Les manifestations d'agitation, instabilité, irritabilité, aboutissent à des tableaux d'allure caractérielle ou comportementale expliquant la fréquente comorbidité

Éléments de sémiologie

Maladie dépressive

- Cette comorbidité concerne principalement les conduites externalisées : troubles déficitaires de l'attention-hyperactivité, trouble oppositionnel avec provocation, troubles des conduites mais aussi les troubles anxieux

Éléments de sémiologie

Maladie dépressive

- Le retentissement scolaire est la principale « complication » de la dépression durable
- Echec scolaire, désintérêt ou désinvestissement scolaires sont très fréquents, phobie scolaire peut traduire la crainte d'un abandon et recouvrir un état dépressif

Éléments de sémiologie

Maladie dépressive

- Comportements témoins d'un sentiment de culpabilité ou d'un besoin de punition : blessures répétées, attitudes dangereuses, punitions incessantes à l'école, etc.
- Apparition ou réapparition de conduites auto agressives

Éléments de sémiologie

Maladie dépressive

- Certaines conduites semblent s'inscrire dans le registre des défenses maniaques (M. Klein) comme pour nier tout affect dépressif ou pour en triompher : ces états posent la question de l'existence de la maladie bipolaire chez l'enfant

Éléments de sémiologie

Maladie dépressive

- Conduites de protestation ou de revendication face à la souffrance : conduites d'opposition, bouderie, colère, manifestations agressives, troubles du comportement, vols, fugues, conduites délinquantes, toxicomaniaques apparaissant chez le grand enfant et surtout l'adolescent

Les événements de vie

Existence de perte ou de séparation

- Elle est fréquente sinon constante dans l'histoire d'enfants dépressifs ou déprimés, la perte peut être réelle avec des effets durables
- L'événement est d'autant plus traumatisant que l'enfant a un âge critique (6 mois à 4-5 ans) et qu'aucun repère permanent ne persiste (changement de cadre, disparition de la fratrie)

Les événements de vie

Existence de perte ou de séparation

- La séparation peut être temporaire mais susciter une angoisse d'abandon qui persiste bien au-delà du retour à la situation normale
- Cette angoisse d'abandon est parfois purement fantasmatique : sentiment de ne plus être aimé, d'avoir perdu la possibilité de contact avec un proche

Les événements de vie

Existence de perte ou de séparation

- La perte peut être uniquement *interactive* : parent moins disponible au plan psychique
- La perte est parfois plus banale en apparence, du moins pour l'adulte : mort d'un animal qui était présent à la maison depuis la naissance de l'enfant, déménagement, perte ou éloignement d'un camarade

Les événements de vie

Antécédents familiaux et environnement familial

- La fréquence d'antécédents de dépression augmente de façon significative (environ trois fois) le risque de survenue d'un épisode dépressif chez l'enfant
- Certaines pathologies associées (alcoolisme) ou le cumul d'éléments de vie négatifs survenus précocement

Les événements de vie

Antécédents familiaux et environnement familial

- Mécanisme d'identification au parent déprimé
- L'enfant est confronté à un double mouvement de frustration et de culpabilité conduisant à un sentiment d'impuissance ou d'incompétence

Les événements de vie

Antécédents familiaux et environnement familial

- Les recherches actuelles prennent en compte la qualité des interactions de l'enfant déprimé avec ses proches

Les événements de vie

Antécédents familiaux et environnement familial

- Fréquence de la carence de stimulation parentale, surtout maternelle : médiocre contact parent-enfant, peu ou pas de stimulation affective, verbale ou éducative, mauvaise stratégie de régulation affective, fréquents désengagement dans les interactions dyadiques mère-enfant

Les événements de vie

Antécédents familiaux et environnement familial

- Un parent est parfois ouvertement rejetant : dévalorisation, agressivité, hostilité ou indifférence totale envers l'enfant
- Autre composante parentale : une excessive sévérité éducative suscitant chez l'enfant la constitution d'une instance sur-moïque particulièrement sévère et impitoyable

Les événements de vie

Antécédents familiaux et environnement familial

- Les enfants victimes de sévices présentent souvent des traits dépressifs ou une véritable dépression
- Les enfants victimes de sévices développent souvent le sentiment que si leurs parents les battent c'est qu'ils le méritent et se sentent coupables des coups qu'ils reçoivent

Approche psychopathologique

Différenciation de deux types de dépression

- Celles consécutives à une déprivation précoce et massive, une carence : figure du vide qui altère l'équilibre psychosomatique et obèrent les conditions de la maturation et du développement

Approche psychopathologique

Différenciation de deux types de dépression

- Celles consécutives à une absence, une perte ou un manque secondaire : l'image de l'objet est intériorisée et c'est cette représentation d'un objet perdu qui provoque le « *travail dépressif* »

Approche psychopathologique

Différenciation de deux types de dépression

- Pas de continuité psychopathologique d'un état à l'autre
- Ces deux états que l'on pourrait nommer l'un *figure du vide* et de l'irreprésentable, l'autre *figure du plein* de l'objet manquant paraissent fonctionner comme des attracteurs organisant l'un et l'autre des *complexes psychopathologiques* aux logiques différentes

Approche psychopathologique

Expression de la culpabilité et surmoi

- **Mélanie Klein** – situe presque à la naissance l'émergence du sentiment de culpabilité et du surmoi archaïque dans une interprétation psychodynamique : les manifestations d'allure psychotique peuvent être analysées comme l'expression d'angoisses archaïques

Approche psychopathologique

Expression de la culpabilité et surmoi

- **Sigmund Freud** – au décours de la période œdipienne, renvoi la culpabilité névrotique à l'intériorisation des imagos parentales et l'organisation du surmoi : la survenue d'une perte dans l'entourage de l'enfant renvoie ce dernier à l'inéluctable ambivalence de ses sentiments

Approche psychopathologique

- Il existe un gradient allant de l'état dépressif typique aux manifestations plus névrotiques sous forme de conduites d'échec ou de punitions jusqu'aux pathologies de la personnalité dominées par le clivage

Approche psychopathologique

- Lors d'une souffrance dépressive méconnue, l'organisation progressive de la personnalité peut se faire autour du déni des affects et des émotions avec une accumulation progressive de conduites déviantes appelées comorbidités (DSM)

Approche psychopathologique

- Lorsque l'enfant subit la pression de son surmoi œdipien, il cherche à réparer sa faute réelle ou imaginaire par les voies de la sublimation
- Lorsque le jeune enfant subit la pression du surmoi archaïque, il n'a d'autre issue que d'accroître sa vigilance persécutive, de projeter sur l'extérieur ses pulsions agressives et d'accroître sa crainte de rétorsion

Approche psychopathologique

- On est ici confronté à deux figures opposées de la dépression selon que la « *position dépressive* » aura ou non été élaborée : d'un côté les *dépressions névrotiques* et de l'autre les *dépressions prépsychotiques* au sens psychodynamique

Evolution à l'adolescence et l'âge adulte

- Les manifestations thymique sont durables : épisode dépressif dure en moyenne 9 mois, l'état dysthymique se prolonge pendant presque 4 ans
- Tendance à la récurrence est également élevée (47% de récurrences à 1 an, 70% à 2 ans)

Evolution à l'adolescence et l'âge adulte

- La persistance des troubles est fonction de leur ancienneté au moment du diagnostic (plus les troubles sont anciens, plus l'épisode est durable) et de l'existence d'une comorbidité
- L'épisode dépressif majeur débutant dans l'enfance est assez semblable à celui qui débute à l'adolescence

Evolution à l'adolescence et l'âge adulte

- Plusieurs profils évolutifs sont décrits, en particulier, fonction du sexe : les filles souffriraient plus souvent d'une évolution chronique, le retentissement social et scolaire serait plus important chez les garçons durablement déprimés

Evolution à l'adolescence et l'âge adulte

- Le risque de suicide serait 11 fois plus élevé chez les enfants qui présentent un trouble dépressif par rapport aux enfants investis d'un autre trouble mental

Evolution à l'adolescence et l'âge adulte

- Une grande diversité des structures psychopathologiques sous-jacente à l'état dépressif avec une tendance, en cas de persistance de cet état, à se structurer sur un mode caractériel ou psychopathique

Evolution à l'adolescence et l'âge adulte

- La **corrélacion** entre épisode dépressif majeur à l'âge adulte et antécédent dépressif dans l'enfance est beaucoup plus forte quand l'épisode dépressif est apparu à l'adolescence après la puberté (Harrington et *al.*)

Evolution à l'adolescence et l'âge adulte

- Seul un enfant prépubère sur cinq présentera à l'âge adulte un épisode dépressif majeur (20%), alors qu'après la puberté, trois enfants postpubères sur cinq feront un épisode dépressif majeur à l'âge adulte (60%)

Evolution à l'adolescence et l'âge adulte

- Les enfants « *déprimés avec troubles du comportement* » ont souvent une évolution à l'âge adulte marquée par un risque élevé de conduites antisociales et délinquantes

Evolution à l'adolescence et l'âge adulte

- Le fonctionnement psychosocial des jeunes adultes (21 ans) qui ont présenté une dépression dans l'enfance est moins bon (conflits avec les parents, la fratrie, problèmes scolaires et/ou professionnels, etc.) que ceux d'un groupe témoin

Evolution à l'adolescence et l'âge adulte

- Ceci montre l'importance de repérer et traiter la dépression d'un enfant ou d'un adolescent et de ne pas les laisser s'installer dans une maladie dépressive (dysthymie) durable

Thérapeutiques

Éléments de prévention

- La prévention au niveau de la relation mère-enfant en évitant les ruptures par le travail de guidance, prévention sociale, formation et sensibilisation des crèches, services de pédiatrie, institutions en rappelant le rôle néfaste des ruptures de placements nourriciers lorsqu'elles ne sont pas indispensables

Thérapeutiques

Éléments de prévention

- Devant l'enfant dépressif, l'abord thérapeutique peut porter sur l'enfant ou sur son environnement ; il sera sensiblement différent, d'une part selon que l'on soit confronté à un épisode dépressif d'allure réactionnel ou à une maladie dépressive, d'autre part selon la capacité des parents à accepter l'idée que leur enfant puisse être déprimé

Thérapeutiques

Reconnaissance et identification empathique

- La reconnaissance d'un épisode dépressif réactionnel peut avoir une incontestable valeur thérapeutique sous réserve que la réaction dépressive ne soit pas installée depuis trop longtemps

Thérapeutiques

Reconnaissance et identification empathique

- La valeur thérapeutique de cette reconnaissance est d'autant plus grande que les parents ne se sentent pas accusés, mis en cause aussi bien par le consultant que par leur propre enfant

Thérapeutiques

Reconnaissance et identification empathique

- L'énonciation du diagnostic, quelques consultations thérapeutiques, quelques aménagements relationnels font rapidement évoluer puis disparaître les symptômes

Thérapeutiques

Maladie dépressive et déni de la souffrance

- L'attitude thérapeutique doit être différente quand l'enfant est inscrit dans une « maladie dépressive », en particulier si les symptômes de lutte et de déni de la dépression (instabilité, colère, agressivité, conduites déviantes surajoutées, etc.) sont au premier plan

Thérapeutiques

Maladie dépressive et déni de la souffrance

- Dans ces conditions, il ne faut pas attendre de changements positifs du seul fait de l'énoncé diagnostique
- Parfois, cet énoncé peut entraîner une réaction parentale de désignation pathologique de l'enfant

Thérapeutiques

Maladie dépressive et déni de la souffrance

- Dans les cas où la dépression menace l'organisation psychodynamique de l'enfant, le recours à des approches psychothérapeutiques, familiales ou environnementales est nécessaire

Thérapeutiques

Maladie dépressive et déni de la souffrance

- Il est indispensable de développer une bonne alliance de soin avec l'enfant et les parents pour éviter les ruptures thérapeutiques précoces, toujours préjudiciables pour l'enfant qui risque de faire l'expérience douloureuse d'une répétition de pertes et d'absence de liens psychiques possibles

Thérapeutiques

Les thérapies relationnelles

- La mise en place d'une psychothérapie est fondamentale dans la mesure où l'enfant lui-même et son entourage familial l'accepte et paraît capable de la stabilité suffisante pour conduire le traitement à son terme (alliance de soin)

Thérapeutiques

Les thérapies relationnelles

- La technique psychothérapique elle-même est fonction de l'âge de l'enfant, du thérapeute, des conditions locales
- L'aide apportée aux parents est d'autant plus importante que l'enfant est jeune

Thérapeutiques

Les thérapies relationnelles

- La thérapie couplée mère-enfant est particulièrement dynamique chez les petits (2-6 ans) comme chez la mère elle-même (restauration narcissique)
- Le soutien aux parents est essentiel pour garantir la pérennité du cadre de soin

Thérapeutiques

Les thérapies relationnelles

- De nombreuses actions de soutien et d'étayage narcissique ou de *réparations symptomatiques* sont utiles : psychomotricité, relaxation, orthophonie autour des difficultés scolaires, groupe d'enfants, atelier contes, etc.

Thérapeutiques

Interventions sur l'environnement

- Elles sont de nature très diverses car elles dépendent pour chaque cas de l'importance relative des facteurs d'environnement et des facteurs internes : carence massive, décès parental, éloignement transitoire, angoisse d'abandon

Thérapeutiques

Interventions sur l'environnement

- Ces interventions ont pour but soit de restaurer un lien mère-enfant (guidance parentale, hospitalisations couplées mère-enfant), soit d'instaurer un nouveau lien faute de pouvoir intervenir sur le précédent placement nourricier

Thérapeutiques

Interventions sur l'environnement

- Les prises en charge à temps partiel (HDJ, externat médico-psychologique) quand la gravité des troubles dépressifs interdit tout maintien dans le système pédagogique habituel

Thérapeutiques

Traitements médicamenteux

- Les antidépresseurs tricycliques peuvent améliorer temporairement les conduites dépressives les plus manifestes
- Les IRS (Fluoxétine) semble avoir une efficacité supérieure à celle du placebo, toutefois la rémission complète des symptômes est rare

Thérapeutiques

Traitements médicamenteux

- **Nombreuses publications** restent très réservées sur l'efficacité des antidépresseurs chez l'enfant
- **La règle actuelle tend à réserver la prescription** d'antidépresseurs chez l'enfant aux formes cliniques graves résistantes aux traitements psychothérapeutiques et relationnels et aux aménagements de vie

Merci de votre attention

