

Faculté de Médecine d'Oran

Département de Médecine

Conférence de 2^{ème} année de pédopsychiatrie

Dépression et les troubles de l'humeur chez l'enfant

Pr. S. Mouffok- Dr T.Feghoul

Maitre de conférences « A » en Pédopsychiatrie

Service de Pédopsychiatrie

Etablissement Hospitalier Spécialisé de psychiatrie d'Oran - Sidi Chami

Dépression et les troubles de l'humeur chez l'enfant

Définition de l'humeur : Tonalité affective de base oscillant entre le pôle de l'euphorie et la tristesse, le plaisir et la douleur.

INTRODUCTION

* Le diagnostic des troubles de l'humeur chez les enfants et les adolescents est depuis longtemps un sujet très débattu.

* certains scientifiques affirment que des critères de diagnostic spécifiques à ce groupe d'âge sont nécessaires.

* La pratique clinique a montré que la façon dont les symptômes présents varie en fonction de l'âge ou plus précisément en fonction du stade de développement cérébral et des conséquences de ce développement sur la capacité cognitive et émotionnelle.

* Ces dernières décennies, il y a eu une augmentation de la reconnaissance des troubles de l'humeur chez les jeunes, ces troubles étaient bien sous diagnostiqués.

EPIDEMIOLOGIE

1/ Les symptômes dépressifs sont normatifs chez les deux, enfants et adolescents, la plupart de ces populations d'enfants rapportent des symptômes dépressifs à un certain point avant l'âge adulte.

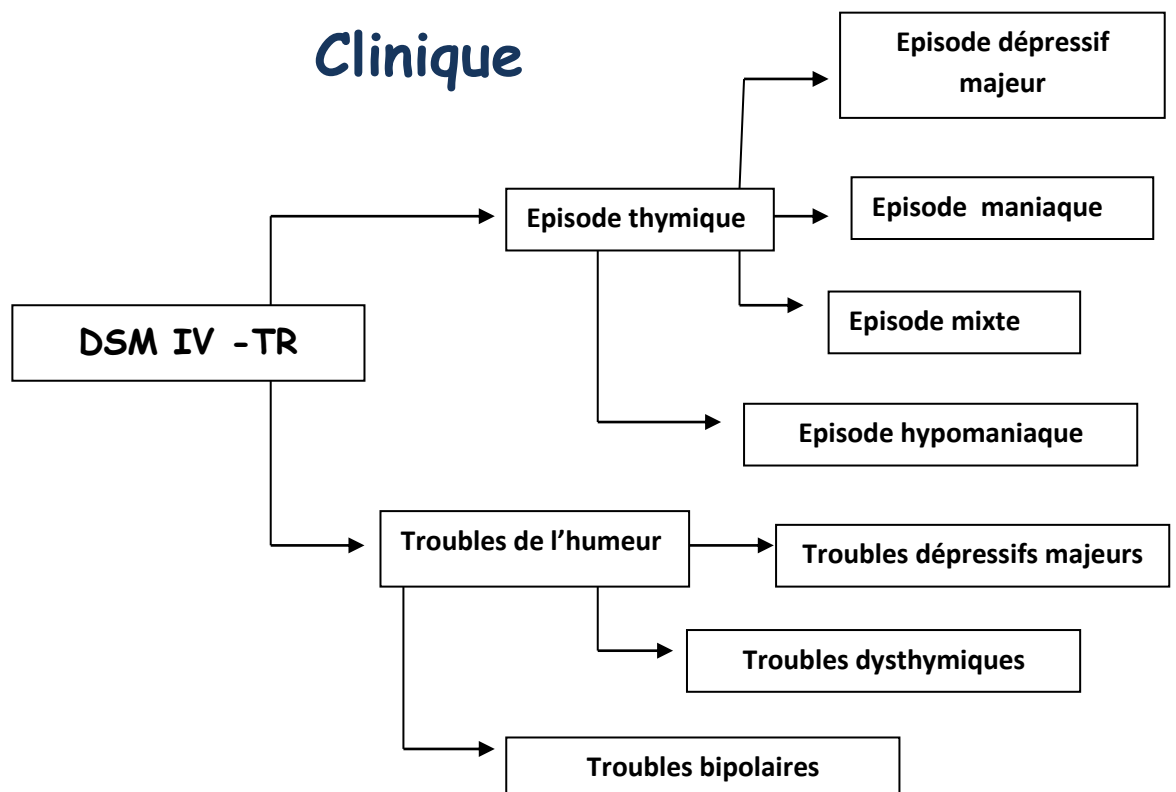
2/ mais des troubles dépressifs au niveau du diagnostic sont vus moins fréquemment.

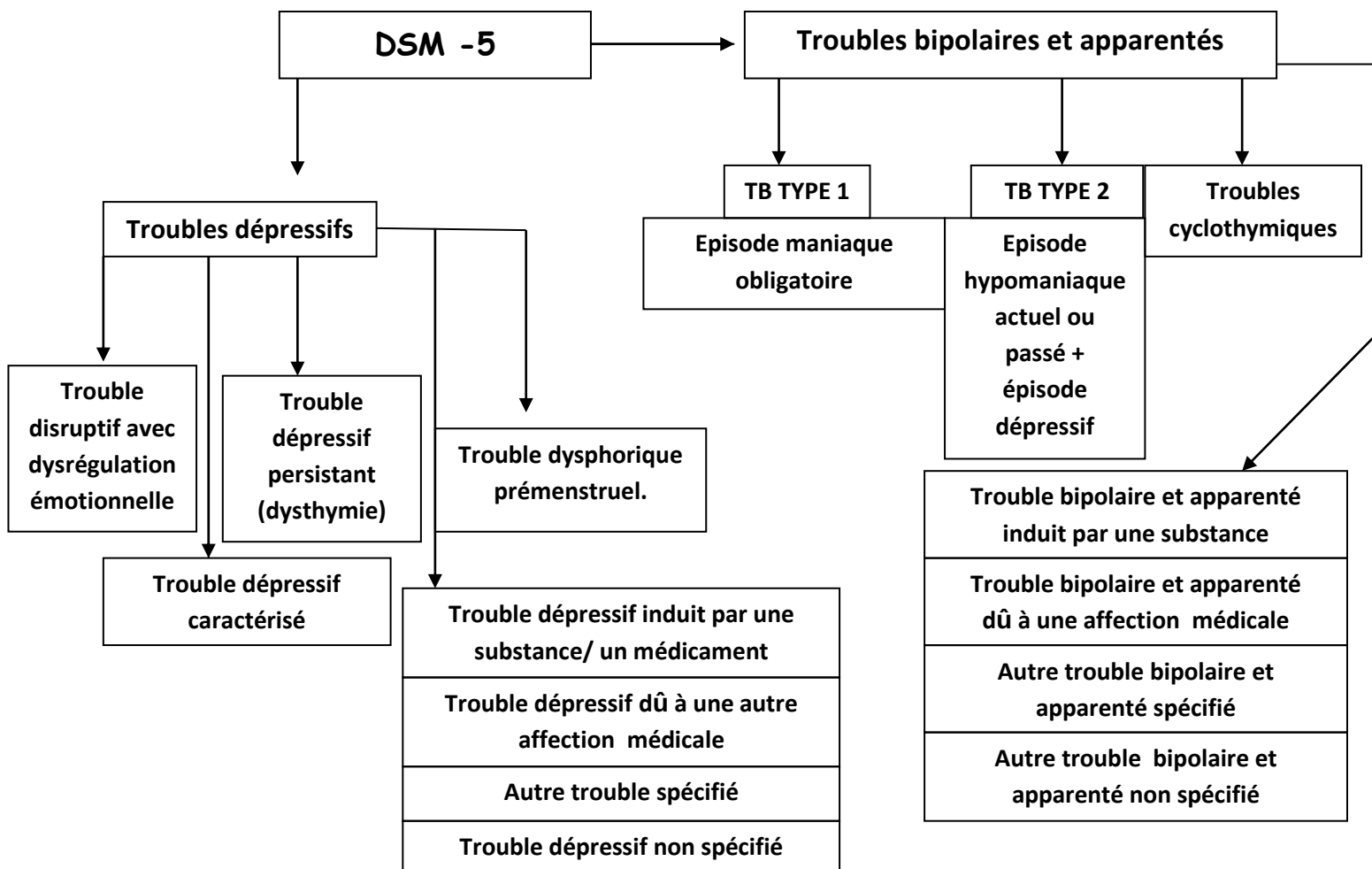
3/ taux de prévalence pour les troubles dépressifs sont de 2,8% pour enfants de moins de 13 ans et 5,6% pour 14-18 ans (Costello, Erkanli, & Angold, 2006), avec ce qui ont 8 ans et plus le taux est estimé à moins de 1% (Keenan, Hipwell, Duax, Stouthamer-Loeber et Loeber, 2004).

4/ des niveaux non diagnostiqués des symptômes dépressifs sont vus dans des taux beaucoup plus élevés avec des estimations de la prévalence allant de 20% à 30% chez les adolescents (Cooper & Goodyer, 1993; Roberts, Lewinsohn, & Seeley, 1991).

5/ En termes de genre différences, des taux de prévalence similaires sont généralement vu à travers le sexe avant l'adolescence, mais plus haut taux de dépression chez les femmes à l'adolescence ont été établis dans plusieurs études (e.g., Cohen et al., 1993; Kessler et al., 2001),

6/ Les taux de manie et de trouble bipolaire chez les jeunes sont beaucoup plus bas que ceux dans les troubles dépressifs, et le trouble lui-même semble être rare chez les enfants, (Weckerly, 2002). prévalence estimée à de 1% pour bipolaire (à peu près la même chose que la prévalence chez l'adulte.





a) Le trouble dépressif majeur :

La survenue d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs d'une durée d'au moins deux semaines chacun.

On parle d'épisode dépressif isolé en présence d'un seul épisode dépressif et de trouble dépressif récurrent en présence de deux épisodes ou plus.

Les symptômes définissant le trouble consistent avant tout en une humeur dépressive ou irritable, ou en une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour la plupart des activités.

Ces changements de l'enfant ou l'adolescent s'accompagnent aussi d'autres symptômes parmi lesquels les plus fréquents sont une fatigue prononcée ou une perte d'énergie, des perturbations du sommeil ou de l'appétit, un ralentissement psychomoteur ou une agitation, des sentiments injustifiés de dévalorisation et de culpabilité, des difficultés de concentration et des idées suicidaires ou des pensées de mort récurrentes.

b) Le trouble dysthymique :

Le trouble dysthymique se caractérise par la présence de symptômes dépressifs pendant une période d'au moins un an. Ces symptômes sont moins prononcés mais plus chroniques qu'ils ne le sont dans le trouble dépressif majeur, pouvant se manifester pendant des semaines ou des mois sans amélioration significative de l'humeur.

Les périodes de rémission, lorsqu'elles existent, doivent être de moins de deux mois.

Les fluctuations entre périodes dépressives et périodes de rémissions sont moins marquées que dans le trouble dépressif récurrent, et peuvent être cliniquement difficiles à établir.

Comme dans le trouble dépressif majeur, le DSM IV précise que l'humeur de l'enfant ou de l'adolescent en période dépressive peut être irritable plutôt que déprimée.

En plus d'un manque d'intérêt souvent généralisé, les symptômes comprennent une perte d'énergie, des perturbations du sommeil ou de l'appétit, un manque d'estime et de confiance en soi, des difficultés de concentration, des difficultés à prendre des décisions ou à faire face à ses responsabilités et des sentiments de pessimisme et de désespoir.

Ces symptômes se présentent de manière comparable chez les filles et les garçons, et peuvent considérablement entraver leur fonctionnement quotidien.

Cependant, ils sont habituellement moins prononcés qu'ils ne le sont dans le trouble dépressif majeur et n'empêchent que rarement l'enfant ou l'adolescent de participer, de façon plus ou moins satisfaisante, à certaines activités comme l'école ou le travail.

c) Le trouble bipolaire

Le trouble bipolaire se caractérise par des épisodes plus ou moins marqués au cours desquels l'enfant ou l'adolescent passe d'une élévation de l'humeur et d'un surcroît d'énergie et d'activité à un abaissement de l'humeur et à une réduction du niveau d'énergie et d'activité.

On parle de manie lorsque pendant une semaine au moins, l'humeur est nettement élevée, voire euphorique ou irritable, et qu'elle s'accompagne d'autres symptômes extrêmes, et d'hypomanie lorsque les anomalies de l'humeur sont évidentes mais moins marquées ou plus brèves.

Dans les cas les plus graves, les épisodes maniaques interfèrent avec les responsabilités scolaires ou professionnelles de l'enfant ou de l'adolescent et peuvent nécessiter une hospitalisation.

Les épisodes mixtes sont des épisodes pendant lesquels l'enfant ou l'adolescent remplit les critères de dépression et de manie et passe rapidement d'un état dépressif à un état maniaque ou normal.

Pendant l'épisode maniaque, les enfants ou adolescents donnent l'impression d'être survoltés, ils sont agités et hyperactifs et semblent avoir une énergie intarissable: de même, ils dorment souvent peu, parfois au point d'être épuisés.

Cette agitation s'accompagne d'une sociabilité excessive et d'un besoin incessant de parler.

Les épisodes maniaques s'accompagnent aussi souvent d'une augmentation démesurée de l'estime de soi ou d'idées de grandeur sans fondement. Un adolescent en échec scolaire annoncera ses intentions de poursuivre des études de médecine ou de droit.

Dans les cas les plus graves, la manie s'accompagne d'hallucinations ou d'idées délirantes rendant le pronostic défavorable.

SYMPTOMATOLOGIE ET TROUBLE ASSOCIE

TROUBLES ANXIEUX

30 à 70% d'enfants et d'adolescents déprimés présentent aussi des symptômes d'un trouble anxieux.

L'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée, le trouble panique, les phobies spécifiques, la phobie sociale et le trouble obsessionnel compulsif.

Des auteurs considèrent qu'une symptomatologie anxieuse peut être un précurseur significatif d'un trouble de l'humeur.

Troubles du comportement et TDAH

Les troubles de l'humeur sont aussi associés à une panoplie de difficultés comportementales..

Une étude rapporte que les enfants et les adolescents atteints d'un trouble dépressif majeur ou d'un trouble dysthymique présentent souvent aussi un trouble oppositionnel avec provocation (0 à 50%) , un trouble des conduites (17 à 79%), le TDAH (0 à 57%) et/ou une toxicomanie (23 à 25 %).

On trouve des résultats semblables pour le trouble bipolaire, ce trouble qui apparaît rarement seul, a un taux de comorbidité particulièrement élevé avec le TDAH et est associé à de nombreux comportements impulsifs, destructeurs et dangereux.

Ces comportements expliquent le fait qu'une distinction est souvent très difficile à établir entre le trouble bipolaire, le TDAH et le trouble des conduites.

Adaptation générale

Lorsqu'ils persistent pendant des mois, voire des années, les troubles de l'humeur sont aussi associés à des difficultés d'adaptation majeures qui vont régulièrement s'ajouter aux troubles comorbides que l'enfant ou l'adolescent peut avoir.

Les jeunes atteints d'un trouble de l'humeur ont souvent des problèmes de santé physique et / ou un trouble du contrôle sphinctérien.

Les troubles de l'humeur sont aussi liés aux difficultés d'apprentissage, aux difficultés relationnelles au sein de la famille, avec les enseignants et les pairs, et chez les filles, une probabilité plus élevée d'être enceinte avant l'âge adulte.

Le suicide

A tout âge, le suicide est la principale cause de mortalité liée aux troubles de l'humeur.

Pendant l'enfance et l'adolescence, différents troubles psychopathologiques sont associés au suicide, mais cette association est beaucoup plus prononcée dans les troubles de l'humeur.

Les troubles dépressifs et bipolaires sont associés à des tentatives de suicide plus sérieuses qu'elles le sont dans la population en général.

Les jeunes atteints d'un trouble de l'humeur courent un risque sur la vie de mourir de suicide 25 à 30 fois plus élevé que les personnes sans difficultés psychologiques particulières.

Etiologies

a. Facteurs génétiques

- ✓ On sait depuis longtemps que les troubles de l'humeur atteignent souvent les membres d'une même famille.
- ✓ Par exemple, les taux de concordance des jumeaux monozygotes sont trois à cinq fois plus élevés que ceux des jumeaux dizygotes pour les troubles dépressifs et environ sept fois plus élevés pour le trouble bipolaire.

Les recherches descendantes qui étudient les enfants de parents atteints d'un trouble psychopathologique montrent qu'un enfant court un risque élevé de développer un trouble de l'humeur, et en particulier, de le développer avant l'âge adulte

b. Facteurs neurobiologiques

- ✓ Un nombre considérable de recherches menées auprès d'adultes montrent que les troubles de l'humeur sont associés à plusieurs anomalies neurobiologiques.
- ✓ Ces anomalies comprennent : un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et du système limbique, une perturbation des neurotransmetteurs et des hormones assurant la communication au sein de ces structures; et un dérèglement du cycle éveil-sommeil.

c. Facteurs psychologiques, familiaux et sociaux

❖ Perspective psychanalytique:

- Il existe de nombreux modèles psychanalytiques de troubles de l'humeur, les écrits de Freud dans ce domaine ayant conduit à des travaux importants qui se poursuivent aujourd'hui encore.
- Ces travaux attribuent les causes de ces troubles à diverses expériences de l'enfant, principalement au sein de sa famille, comme la séparation de sa mère, la fixation à un stade de développement précoce, l'agressivité dirigée contre soi-même, la perte ou le manque d'estime de soi ou des sentiments prononcés et chroniques d'impuissance.

❖ Théorie de l'attachement

La théorie de l'attachement de Bowlby postule qu'une des causes majeures des troubles de l'humeur provient de l'attachement insécurisé que, très jeune, l'enfant développe avec ses parents et, plus particulièrement, avec sa mère.

❖ Perspective cognitive

- Les théories attribuent l'origine des troubles de l'humeur à la manière dont l'enfant ou l'adolescent traite l'information affective, interpersonnelle et sociale.
- Beck (1976) postule que les personnes atteintes de dépression commettent des erreurs systématiques dans leur façon de penser, par exemple, la plupart des jeunes passant un contrôle scolaire s'en réjouissent, alors que ceux qui sont déprimés ont tendance à minimiser ce succès.

❖ Perspective comportementale

- Dans cette perspective, les troubles proviennent avant tout d'un manque d'expériences positives et gratifiantes dans la vie quotidienne.
- D'une part, l'enfant n'est pas valorisé par sa famille et par ses camarades, de l'autre, il manque de compétences affectives, sociales, instrumentales qui lui permettraient de se mettre en valeur et d'obtenir, des autres comme de lui-même, la gratification dont il a besoin pour se sentir accepté et apprécié.

EVOLUTION ET PRONOSTIC

TROUBLES DEPRESSIF MAJEUR

Il débute habituellement entre 10 et 17ans, l'âge moyen de début est de 11ans dans les études cliniques, de 12 à 13ans dans les études d'enfants dont les mères sont dépressives.

Plus de 80% des enfants et adolescents ayant un épisode dépressif s'en remettent en une année ou moins, et plus de 90% en deux ans ou moins.

Le risque de rechute est cependant élevé.

15 à 30% d'enfants et d'adolescents atteints développent un trouble bipolaire avant l'âge adulte.

- ✓ Comme c'est le cas dans d'autres troubles psychopathologiques, le pronostic est défavorable lorsque le trouble dépressif majeur débute tôt.
- ✓ La présence dans la famille de troubles de l'humeur ou psychotiques prédit une évolution particulièrement négative.

TROUBLES DEPRESSIF MAJEUR

NIVEAU ELEVE
DE SYMPTOMES
DEPRESSIFS
PENDANT
L'ENFANCE

*Un état affectif comparable à l'âge adulte ainsi que d'autres troubles psychopathologiques.

*Des difficultés considérables à développer des relations intimes et de bénéficier du soutien qui en découle.

*Une consommation élevée de divers psychotropes.

*Des difficultés d'emploi.

*Un risque accru d'accident et de suicide.

Trouble dysthymique

- ✓ Le trouble dysthymique débute habituellement plus tôt que le trouble dépressif majeur, et est caractérisé par des périodes dépressives plus longues.
- ✓ L'âge de début varie entre 6 et 13 ans, avec une moyenne d'environ 9 à 10ans dans les études cliniques.
- ✓ La plupart des enfants atteints s'en remettent, mais le risque de rechute est très élevé.

Troubles bipolaire



Si le trouble bipolaire ne se déclare typiquement qu'à l'adolescence, de nombreuses recherches portent à croire qu'il a souvent ses origines dans des perturbations de comportement importantes et évidentes pendant l'enfance.

C'est tout particulièrement le cas du TDAH avec lequel il est fréquemment comorbide, dans une minorité de cas, il se peut donc que le TDAH soit un précurseur important du trouble bipolaire, qu'il « annoncerait » en quelque sorte des années auparavant.

Pour résumer, les connaissances épidémiologiques et développementales disponibles aujourd'hui montrent clairement que, lorsqu'ils se manifestent pendant l'enfance ou l'adolescence déjà, ces troubles sont rarement des difficultés mineures ou passagères.

Prise en charge

Troubles bipolaires

- La FDA aux États-Unis autorise quatre antipsychotiques dans les épisodes aigus maniaques ou mixtes du jeune : la RISPERIDONE et la QUETIAPINE à partir de 10 ans et l'OLANZAPINE et L'ARIPRAZOLE à partir de 13 ans.
- Le sel de lithium à partir de 12 ans est autorisé, à partir de 16 ans en France.
- Il est recommandé de commencer par de faibles doses pour éviter les effets secondaires.

Traitement non médicamenteux

Les approches de guidances parentales comme les stratégies psycho éducatives des patients et de leurs familles et les thérapies psychosociales; d'autres part, les thérapies individuelles comme les thérapies cognitivo-comportementales. Cette dernière méthode souligne l'importance du maintien d'une stabilité des rythmes veille/sommeil comme facteur protecteur contre les épisodes thymiques, ont été évaluées pour compléter le traitement médicamenteux.

Cette dernière méthode souligne l'importance du maintien d'une stabilité des rythmes veille/sommeil comme facteur protecteur contre les épisodes thymiques. Les approches familiales ont montré une efficacité sur la réduction des symptômes, la prévention des récives et le fonctionnement global.

Le travail de psychoéducation vise outre la connaissance de la maladie et des facteurs précipitants et protecteurs, à favoriser l'adhésion au traitement.

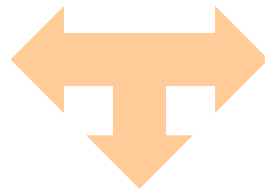
L'adaptation du milieu éducatif est importante : par exemple à travers une adaptation de la scolarité ou la mise en place en place d'une auxiliaire de vie.

Trouble dépressif

Traitement médicamenteux

Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS):

citalopram , escitalopram
fluoxétine Fluvoxamine,
paroxétine , sertraline



Antidépresseurs
tétracyclique
Maprotiline
Miansérine
mirtazapine

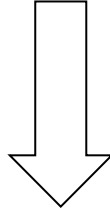
Antidépresseurs tricyclique :
Amitriptyline, imipramine,
clomipramine
Nortriptyline, trimipramine

Aucune preuve de supériorité par rapport au placebo, surtout chez les enfants pré pubères,
Effets secondaires surtout anti cholinergiques et aussi allongement du QT.
Toxicité cardiaque en cas de surdosage surtout pour la mirtazapine.
Doivent être évitées chez les enfants et les adolescents

- En tant que classe thérapeutique, les ISRS sont plus efficaces que le placebo, en particulier chez les adolescents souffrant de dépression sévère
- Peu d'effets secondaires, mais peuvent augmenter la Suicidalité.
- La fluoxétine est la mieux étudiée et a la meilleure preuve de son efficacité approuvée par la FDA et L'EMEA pour les personnes âgées de 8 ans et plus,
- Sertraline, le citalopram, l'escitalopram: moins de preuves solides de leur efficacité, ces molécules peuvent être efficaces chez les patients qui n'ont pas répondu favorablement à la fluoxétine (Brent et al, 2008). L'utilisation de l'escitalopram a été approuvée par la FDA pour la dépression des adolescents
- Paroxétine: ne semble pas être efficace chez les jeunes et montre plus d'effets secondaires que les autres ISRS. Demi-vie courte induisant facilement un syndrome de sevrage; utilisation non recommandée.

Les ISRN , IMAO et autres anti-dépresseurs ne sont pas recommandés ou n'ont montré aucune efficacité chez l'enfant.

Prise en charge non médicamenteuse



Thérapie cognitive comportementale (TCC).
Thérapies de groupes.
auto-thérapies (relaxation, prospectus éducatifs ou
livres, groupes de soutien).
Thérapie familiale.

Références bibliographiques :

- 1 - Duverger P, Champion G, Malka J Les urgences pédopsychiatriques à l'urgence pédiatrique. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 2000, 40, 19-22.
- 2 - Duverger P, Laurent B, Gohier B, Garré JB Accueil et prise en charge d'enfants témoins de la mort violente, par suicide, de leurs parents. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 2000, 4, 53-57.
- 3 - Duverger P, Picherot G, Champion G, Dreno L Turbulences aux urgences pédiatriques - Agitation de l'enfant et de l'adolescent. *Archives de Pédiatrie*, 2006, à paraître.
- 4 - Malka J, Duverger P, Gohier B, Delhumeau J La gestion de l'urgence dans une unité de consultationpédopsychiatrique à l'hôpital. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 1999, 24, 156-158.
- 5 - Gohier B, Duverger P, Malka J Place et fonction du pédopsychiatre face à l'urgence de l'enfant. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 1999, 24,153-155.

