

1 La dépression : profil clinique, caractéristiques épidémiologiques et modalités prise en charge

2 pédiatrique

3

4 Introduction :

5 La dépression est une affection psychiatrique fréquente et invalidante. Son incidence augmente à
6 l'adolescence, une période de fragilité dans la vie de l'individu (1). La prévalence de la dépression est
7 estimée entre 5 et 9 % chez l'enfant et adolescent (2-3). Les filles seraient deux fois plus
8 fréquemment touchées que les garçons (4).

9 La dépression de l'enfant et de l'adolescent est souvent méconnue en raison de sa présentation
10 clinique variée et hétérogène qui rend le diagnostic complexe (5). Elle est un facteur de risque majeur
11 de suicide, de décrochage scolaire et d'isolement social (6).

12 Objectif du travail :

13 Notre travail vise trois objectifs principaux : décrire les caractéristiques épidémiologiques, rapporter
14 les spécificités du tableau clinique pédiatrique et délimiter les modalités de prise en charge de la
15 dépression de l'enfant et l'adolescent.

16 Patients et méthodes :

17 Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective réalisée à partir des dossiers médicaux des enfants et
18 adolescents de l'unité ambulatoire de pédopsychiatrie du CHU Mohamed VI de Marrakech durant la
19 période allant de Décembre 2024 à Janvier 2025. Nous avons inclus dans cette série, les patients âgés
20 entre 0 et 17 ans ayant reçu un diagnostic d'état dépressif caractérisé.

21 Nous avons utilisé une fiche préétablie permettant de recueillir les données suivantes : les critères
22 épidémiologiques (âge, sexe, niveau socioéconomique, scolarité...), les caractéristiques cliniques
23 (présentation clinique, comorbidités ; antécédents), ainsi que les stratégies thérapeutiques.

24 ➤ Les critères d'inclusions sont :

- 25 ✓ Patients âgés de 0 à 17 ans
- 26 ✓ Diagnostic de dépression caractérisée
- 27 ✓ Dossiers médicaux complets permettant une analyse des caractéristiques socio-
28 démographiques, cliniques et les modalités thérapeutiques.

29 ➤ Les critères d'exclusion sont :

- 30 ✓ Dossiers médicaux incomplets
- 31 ✓ Patients ayant consulté une seule fois

32

33

34

35

36 Résultats :

37 Les caractéristiques sociodémographiques et familiales : Notre série est constituée de 80 patients.
38 Nous notons la prédominance féminine à 60% avec une moyenne d'âge de 13 ,66 ans. La majorité des
39 patients sont des adolescents âgés de plus de 13 ans (84%). Dans notre série, 45,6% é sont l'aîné de

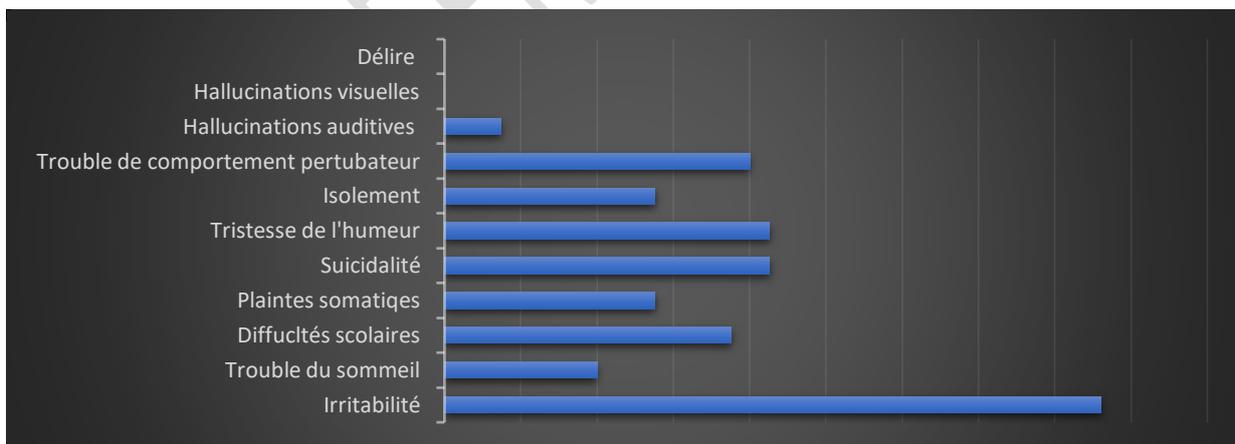
40 leur fratrie, 26,6% sont les cadets, 27,8% les benjamins. La situation familiale la plus représentée est
41 celle des familles mariées, représentant 73,8% des cas avec notion de violence conjugale dans 18,8
42 %. La relation avec les pairs est jugée comme satisfaisante dans 68,8% des cas et conflictuelle dans
43 31,2% des cas. Concernant le niveau socioéconomique, il est jugé comme bas dans 61,3% des cas,
44 moyen dans 26,2% des cas et élevé dans 12,5% des cas.

45 Sur le plan scolaire, on a noté que la majorité des sujets sont scolarisés à 86,3%. Dans 46,4% des cas,
46 le rendement scolaire est perturbé durant l'année précédant la consultation avec la présence d'un
47 fléchissement ou d'un échec scolaire.

48 Les antécédents familiaux psychiatriques sont retrouvés chez 47,5 % des cas, principalement des
49 troubles de l'humeur (36,3 %) et, dans une moindre mesure, des troubles anxieux (6,3 %). Des
50 antécédents familiaux de consommation de substances sont rapportés chez 13,8 % des sujets, tandis
51 que des troubles psychotiques familiaux concernent 2,5 % de la population étudiée. Des antécédents
52 personnels de pathologies organiques chroniques sont notés dans 37,5% des cas. Il s'agit
53 essentiellement d'épilepsie (7,5%), d'asthme (5%) et de diabète juvénile et d'anémie ferriprive (6%).
54 La grande majorité de nos patients ne présentent pas d'antécédents psychiatriques connus. Un suivi
55 psychiatrique antérieur est rapporté chez une minorité, principalement pour des troubles de
56 l'humeur (6,3 %), des troubles du neurodéveloppement (5 %) et des troubles anxieux (2,5 %).

57 L'exposition à la maltraitance : Parmi nos patients 57,5% déclarent avoir subi des maltraitances, il
58 s'agit le plus souvent de maltraitance physique (63%). Six patients ont subi des violences sexuelles
59 (13%) et 4,3% sont victimes de négligence. Le milieu familial est incriminé dans 79,5% des cas et le
60 milieu scolaire dans 29,5% des cas. Par ailleurs, 13,8 % des patients présentent des antécédents
61 chirurgicaux.

62 Les principaux motifs de consultations retrouvés chez nos patients sont l'irritabilité dans 43% des
63 cas, la suicidalité avec la tristesse de l'humeur dans 21,3 % cas, et les troubles de comportement
64 perturbateur à 20 % (figure 1) ;



65

66

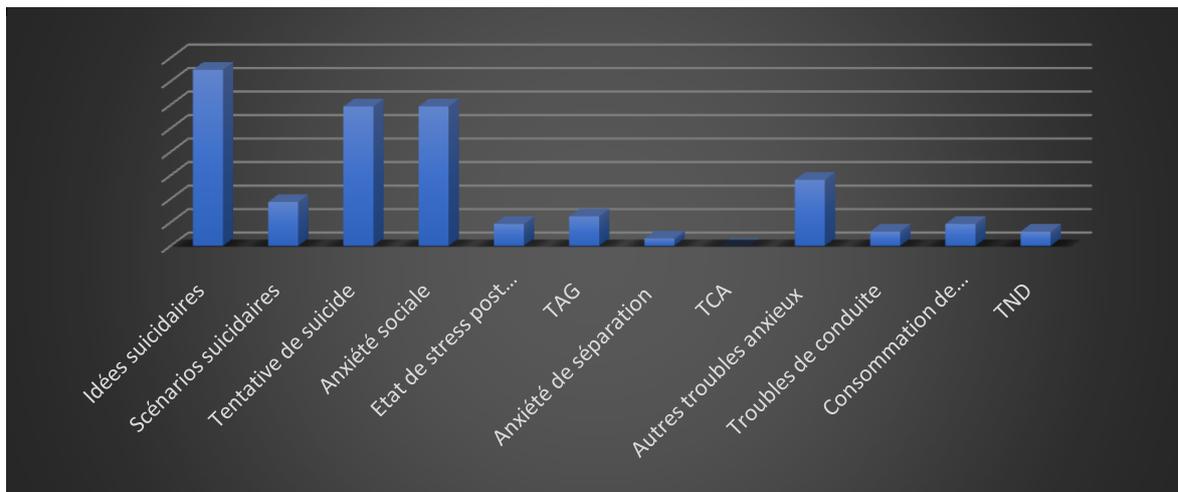
Fig 1. Les motifs de consultation

67

68

69 La dépression est le 1^{ère} diagnostic dans 80% des cas et l'intensité du trouble est considérée comme
70 légère dans 8,8% des cas, modérée dans 80% des cas, et sévère dans 11,2% des cas.

71 Les comorbidités psychiatriques observés chez nos patients concernent essentiellement les idées
 72 suicidaires chez 37,5% des cas avec une forte prévalence de l'anxiété sociale à 29,7%. La prise de
 73 toxiques est rapportée chez 4,7% des patients, cependant les troubles de conduites et les troubles
 74 neurodéveloppementaux sont présents dans des proportions similaires, soit 3,1% (figure 2).



75

76

Fig 2. Les principales comorbidités pédopsychiatriques

77 La prise en charge des patients est ambulatoire dans 92,5% des cas, alors que 7,5% de nos patients
 78 ont nécessité une hospitalisation au service de santé mentale pédiatrique. Tous les patients ont
 79 bénéficié d'une prise en charge globale faite de : Psychoéducation, Guidance parentale et une
 80 psychothérapie de soutien, psychodynamique et développementale. Le recours à la
 81 pharmacothérapie a concerné 85,9% de nos patientes devant la sévérité du tableau clinique chez
 82 69,1%, l'inefficacité de la psychothérapie chez 22,1% et la non accessibilité à la psychothérapie chez
 83 11,8% des cas. Les patients ont reçu les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, dont la fluoxétine
 84 a été la molécule la plus prescrite chez 70%. La classe médicamenteuse la plus prescrite en
 85 association avec les antidépresseurs est les neuroleptiques atypiques, avec la rispéridone à 52% et
 86 l'antihistaminique à 8%, suivis d'olanzapine à 2%. Chez 5% des patients, nous avons procédé au
 87 changement de la molécule de la sertraline vers la fluoxétine devant la réponse thérapeutique
 88 insuffisante au-delà de 9 semaines de prise bien observante.

89 Les effets secondaires sont notés chez 21% de nos patients pendant le premier mois du
 90 traitement avec des céphalées chez 10%, une perte de poids chez 6%, et de la nervosité ainsi
 91 que des troubles digestifs chez 3,75%.

92 **L'évolution clinique** s'est marquée par une amélioration des symptômes dépressifs chez une
 93 majorité significative de nos patients (81,3%), tandis que 12,5% ont perdu de vue durant le
 94 suivi (figure3).

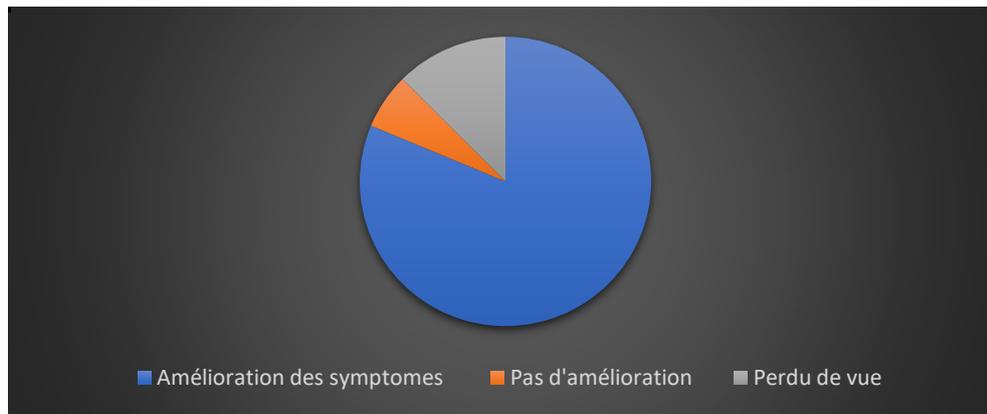


Fig 3. L'évolution clinique

95

96

97 Discussion

98 La dépression touche entre 0,4 et 2,8% des enfants et 0,4 à 9% des adolescents (7). Durant l'enfance,
 99 il y a autant de garçons faisant un état dépressif caractérisé que de filles ; à l'adolescence, comme à
 100 l'âge adulte, la sex-ratio est de 2 filles pour 1 garçon (8). La dépression de l'adolescent est marquée
 101 par l'existence de formes familiales, un risque important de rechute à l'âge adulte, un risque
 102 suicidaire et des risques évolutifs vers d'autres pathologies mentales, en particulier les troubles
 103 bipolaires (9). Environ 70 % des dépressions dans l'enfance et l'adolescence seraient mal ou pas
 104 diagnostiquées (10).

105 Certains facteurs de risque sont relevés par les études notamment les facteurs familiaux héréditaires
 106 (antécédent de dépression chez les parents, de dépression maternelle durant la période périnatale,
 107 de traumatismes multiples dans l'histoire familiale). Les enfants et les adolescents ayant des parents
 108 dépressifs présentent un risque accru de développer une dépression eux-mêmes, par rapport à ceux
 109 n'ayant pas de parents dépressifs (11). De plus, le risque est encore plus élevé lorsque les deux
 110 parents sont dépressifs. Une autre étude, publiée en 2018, a examiné les données de plus de 41 000
 111 enfants danois et a constaté que les enfants ayant des parents atteints de troubles de l'humeur, y
 112 compris la dépression, étaient plus susceptibles de développer des troubles de l'humeur à leur tour
 113 (13). Cependant, il est important de noter que les facteurs génétiques ne sont qu'une partie de
 114 l'équation. Les enfants peuvent également être influencés par l'environnement familial, y compris les
 115 modèles de comportement appris et les interactions familiales, qui peuvent contribuer au risque de
 116 développer une dépression. D'autres facteurs psycho-sociaux aigus ou chroniques existent comme la
 117 maltraitance, les conflits intrafamiliaux, le harcèlement à l'école, la précarité et les maladies
 118 somatiques chroniques (14). Ces conditions peuvent influencer l'humeur, perturber le
 119 fonctionnement cérébral, induire des changements hormonaux et engendrer un stress
 120 psychologique, augmentant ainsi la vulnérabilité à la dépression. Dans notre étude, il est important
 121 de noter que les antécédents psychiatriques familiaux sont retrouvés chez 47,5% de nos patients,
 122 principalement des troubles de l'humeur chez 36,3 % et, des troubles anxieux chez 6,3% des cas.
 123 Notre étude a retrouvé également une fraction notable des patients présentant des maladies
 124 somatiques chroniques (37,5%) telles que le diabète, l'épilepsie, l'asthme et l'anémie ferriprive.

125

126 L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est la pathologie la plus fréquente des troubles de l'humeur
 127 (15). Il est important de rappeler que les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur chez
 128 l'enfant et l'adolescent dans la littérature internationale sont les mêmes que ceux utilisés chez
 129 l'adulte. Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) fait une seule différence
 130 chez l'enfant et l'adolescent, à savoir que l'irritabilité de l'humeur prend souvent la place de l'humeur
 131 dépressive et fait partie des critères diagnostiques principaux (30). La haute autorité de santé (HAS)
 132 n'a pas publié de recommandations concernant le repérage de la dépression caractérisée chez

133 l'enfant. Pourtant, comme mentionné précédemment, jusqu'à 2,8% des enfants sont touchés par ce
 134 trouble (16). De plus, la présence d'une dépression durant l'enfance multiplie de manière significative
 135 le risque de développer un trouble similaire tout au long de la vie. Concernant la symptomatologie
 136 dépressive à l'adolescence, la HAS (2014) décrit un ensemble de symptômes, comme indiqué dans le
 137 tableau 1 (18).

138

(1) une tristesse ou un état d'abattement, de découragement, des pleurs ou une labilité de l'humeur ; une augmentation de l'agressivité ou de comportements hostiles.
(2) une perte partielle ou totale de plaisir, une indifférence affective, un ennui, une perte de motivation et d'intérêt dans les activités et les relations.
(3) des idées envahissantes de dévalorisation, de désespoir, de culpabilité et d'indignité.
(4) des pensées dysmorphophobies voire des délires et des hallucinations sont décrits concernant des complexes physiques
(5) Des idées de mort, suicidaires ou une intention suicidaire
(6) ralentissement psychomoteur, des difficultés de concentration
(7) des plaintes somatiques
8) modification des conduites alimentaires (anorexie ou hyperphagie, perte de poids...)
(9) des troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils précoces ou hypersomnie)
10) désinvestissement et un repli sur soi,
11) hyper-investissement des jeux vidéo
12) besoin d'efforts plus importants pour atteindre les objectifs passés et, pour finir,
13) des comportements à risque.

139 **Tableau 1. Les différents aspects cliniques de la dépression chez l'adolescent (HAS)**

140 Bien évidemment, chacun de ces signes pris isolément n'est pas nécessairement significatif de
 141 l'épisode dépressif (30), mais la conjonction de plusieurs symptômes, la permanence dans le temps et
 142 la modification comportementale nette par rapport au comportement antérieur sont des indicateurs
 143 de taille de l'existence d'un trouble dépressif caractérisé (17). Les manifestations cliniques les plus
 144 fréquemment retrouvées dans notre étude incluent l'irritabilité à 43%, la suicidalité avec la tristesse
 145 de l'humeur, et les troubles de comportement perturbateur à 20%.

146 La comorbidité est la règle dans ces situations : plus de 60 % de la population adolescente atteinte de
 147 l'état dépressif caractérisé présentent concomitamment au moins un autre problème de santé
 148 mentale ; le plus souvent, il s'agit d'un trouble anxieux, d'un trouble de déficit de
 149 l'attention/hyperactivité, d'un trouble d'opposition avec provocation, d'un trouble de la conduite et
 150 de toxicomanie (19) ; on peut également mentionner les troubles alimentaires, les troubles
 151 d'apprentissage et les troubles somatiques (20). La présence de comorbidités psychiatriques chez
 152 37, 5% de nos patients reflète les résultats de la littérature, notamment l'étude Kovacs (21) qui
 153 démontre que les adolescents dépressifs ont également un risque élevé de développer des troubles
 154 anxieux, des troubles alimentaires ou des troubles de conduite. L'étude de Choi (22) a également
 155 révélé une association de 30,04 % entre les troubles anxieux et dépressifs.

156
 157 La diversité des approches thérapeutiques, allant de la psychoéducation, la guidance parentale, les
 158 aménagements environnementaux, aux différentes approches psychothérapeutiques de soutien et
 159 structurées (individuelles ou familiales, psychodynamiques, psychanalytiques, ainsi que la thérapie
 160 comportementale et cognitive), sans oublier la prescription d'antidépresseurs, notamment les
 161 inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), reflète la nécessité d'une individualisation
 162 des traitements en fonction de la sévérité des symptômes et des besoins spécifiques de chaque
 163 patient (23).

164 Les principales recommandations préconisent la psychothérapie en première intention. La
165 prescription d'un traitement antidépresseur est indiquée soit en cas d'insuffisance d'amélioration
166 apportée par la psychothérapie après 4 à 8 semaines, ou échec de la thérapie, ou s'il s'agit d'une
167 dépression d'emblée caractérisée d'intensité sévère (24). Parmi les antidépresseurs ISRS, seule la
168 fluoxétine a l'autorisation de mise sur le Marché depuis 2006 chez les enfants âgés de plus de 8 ans
169 pour les épisodes dépressifs modérés à sévères (25). Il s'agit de la seule molécule ayant démontré
170 son intérêt dans le traitement de la dépression de l'enfant et de l'adolescent par rapport à un
171 placebo. Une méta-analyse de 2020, incluant des essais contrôlés randomisés, a suggéré que seule la
172 fluoxétine administrée en combinaison avec la thérapie cognitivo-comportementale ou la fluoxétine
173 seule montrent une efficacité supérieure à celle du placebo et d'autres interventions chez les jeunes
174 souffrant de dépression (26). Dans notre étude, la fluoxétine est prescrite chez 70 % des patients, ce
175 qui est en accord avec les pratiques observées dans la littérature notamment l'étude d'Emslie et al
176 (27) qui a démontré l'efficacité de la fluoxétine dans la réduction des symptômes dépressifs chez les
177 jeunes. De plus, nos résultats s'alignent avec ceux de Zhang et al (28), confirmant ainsi l'utilisation
178 généralisée de la fluoxétine comme traitement de première ligne pour la dépression chez les enfants
179 et les adolescents.

180 La durée recommandée du traitement est longue : le traitement nécessite une consolidation de 6
181 à 12 mois après réduction des symptômes pour les patients ayant répondu en phase aiguë. Pour
182 certains patients, un traitement encore plus long est nécessaire (29). L'arrêt progressif du traitement
183 est conseillé malgré la demi-vie longue de la fluoxétine et, si possible, en période de vacances
184 scolaires (25).

185 **Conclusion :**

186 La dépression constitue une réalité clinique complexe et souvent méconnue chez l'enfant et
187 l'adolescent. Les signes précurseurs et les manifestations cliniques sont différents selon l'âge et le
188 développement, rendant le diagnostic et la prise en charge d'autant plus délicats et nécessitant aussi
189 une évaluation minutieuse et individualisée.

190

191

192

193

194

194 **Références :**

195 1-Shadili G.. Adolescents et jeunes adultes. *Inf Psychiatr* 2014 ; 90 : 11-9.

196 2. Jane Costello E., Erkanli A., Angold A.. Is there an epidemic of child or adolescent
197 depression?. *J Child Psychol Psychiatry* 2006 ; 47 : 1263-71.

198 3. Mathet F., Martin-Guehl C., Maurice-Tison S., Bouvard M.P.. Prevalence of depressive disorders in
199 children and adolescents attending primary care. A survey with the Aquitaine Sentinelle
200 Network. *L'Encephale* 2003 ; 29 : 391-400.

201 4. Hankin B.L., Abramson L.Y., Moffitt T.E., Silva P.A., McGee R., Angell K.E.. Development of
202 depression from preadolescence to young adulthood: emerging gender differences in a 10-year
203 longitudinal study. *J Abnorm Psychol* 1998 ; 107 : 128-40

204 5. Ferrari P. Dépression de l'enfant. In: Ferrari P, Bonnot O. Traité européen de psychiatrie et de
205 psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris:Lavoisier;2013.355-65

- 206 6. Windfuhr K, While D, Hunt I, Turnbull P, Lowe R, Burns J et al. Suicide in juveniles and adolescents
207 in the United Kingdom. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(11):1155-65
- 208 7. Domènech-Llaberia, E., Viñas, F., Pla, E., Jané, M. C., Mitjavila, M., Corbella, T., & Canals, J.
209 (2009). *Prevalence of major depression in preschool children*. *European Child & Adolescent Psychiatry*,
210 18(10), 597–604. doi:10.1007/s00787-009-0019-6.
- 211 8. Hardeveld, F., Spijker, J., De Graaf, R., Nolen, W. A., & Beekman, A. T. F. (2009). *Prevalence and*
212 *predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population*. *Acta Psychiatrica*
213 *Scandinavica*, 122(3), 184–191. doi:10.1111/j.1600-0447.2009.01519.x
- 214 9. Godin O, Elbejjani M, Kaufman JS. Body mass index, blood pressure, and risk of depression in the
215 elderly: a marginal structural model. *Am J Epidemiol*. 2012 Aug 1;176(3):204-13.
- 216 10. National Advisory Mental Health Council Workgroup on Child and Adolescent Mental Health
217 Intervention Development and Deployment, (2001).
- 218 11. Sanchez-Roige S, Palmer AA. Emerging phenotyping strategies will advance our
219 understanding of psychiatric genetics. *Nat Neurosci*. 2020 Apr;23(4):475-480. doi:
220 10.1038/s41593-020-0609-7. Epub 2020 Mar 30. PMID: 32231337; PMCID: PMC9200410 ;
- 221 13. Musliner, K. L., Trabjerg, B. B., Waltoft, B. L., Riis, A. H., Vestergaard, C., & Laursen, T. M.
222 (2018). Parental history of psychiatric diagnoses and unipolar depression: a Danish National
223 Register-based cohort study. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 635-642.
- 224 14. Hazell P. Updates in treatment of depression in children and adolescents. *Curr Opin*
225 *Psychiatry*. 2021 Nov 1;34(6):593-599. doi: 10.1097/YCO.0000000000000749. PMID: 34456305.
- 226 15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed.
227 Arlington, VA:American Psychiatric Publishing;2013,2016.
- 228 16. Fond G, Guillaume S, Artero S, Bernard P, Ninot G, Courtet P, Quantin X. Self-reported major
229 depressive symptoms at baseline impact abstinence prognosis in smoking cessation program. A one-
230 year prospective study. *J Affect Disord*. 2013 Jul;149(1-3):418 21.
- 231 17. *Final recommendation statement: depression in children and adolescents: screening*. Rockville
232 (MD): United States Preventive Services Task Force; 2019
- 233 18 ; Rice F, Riglin L, Lomax T, et al. Adolescent and adult differences in major depression symptom
234 profiles. *J Affect Disord* 2019;**243**:175–81.
- 235 19 ; Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, et al. Depression, chronic diseases, and decrements in health:
236 results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007;**370**:851–8
- 237
- 238 20. Malas N, Plioplys S, Pao M. Depression in medically ill children and adolescents. *Child Adolesc*
239 *Psychiatr Clin N Am* 2019;**28**:421–45
- 240 21 ; Kovacs, M., Yaroslavsky, I., Rottenberg, J., George, C. J., Bajji, I., Benák, I., ... & Kapornai, K. (2015).
241 Mood repair via attention refocusing or recall of positive autobiographical memories by adolescents
242 with pediatric-onset major depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(10), 1108-1117
- 243 22 ; Ramón-Arbués, E., Gea-Caballero, V., Granada-López, J. M., Juárez-Vela, R., Pellicer-García, B., et
244 Antón-Solanas, I. (2020). *La prevalencia de la depresión, de la ansiedad y del estrés y sus factores*
245 *asociados chez les étudiants*. *Revue internationale de recherche environnementale et de santé publique*,
246 17(19), 7001.

- 247 23. Aabbassi, B., El Mekkaoui, M., Taoubane, F. Z., Arraji, M., & Manoudi, F. (2024). Retour
248 d'expérience clinique sur trois ans de prescription de la fluoxétine en pédopsychiatrie universitaire.
249 *International Journal of Advanced Research*, 12(6), 301–307.
- 250 24. Welniarz, B., & Saintoyan, F. (2015). Dépression de l'enfant et de l'adolescent : place du traitement
251 médicamenteux et de l'hospitalisation. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 63(8), 541–
252 547.
- 253 25. Orientation NICE 134. Dépression chez les enfants et les jeunes : identification et prise en
254 charge. 2019 : www.nice.org.uk/guidance/ng134.
- 255 26. Cleare A, Pariante CM, Young AH, Anderson IM, Christmas D, Cowen PJ et coll. Lignes directrices
256 fondées sur des données probantes pour traitement des troubles dépressifs avec des
257 antidépresseurs : une révision de la décision de 2008 de la British Association for Lignes directrices en
258 psychopharmacologie. *J Psychopharmacol* 2015 ; 29(5):459-525.
- 259 27. Emslie, G. J., Heiligenstein, J. H., Wagner, K. D., Hoog, S. L., Ernest, D., Brown, E., Nilsson, M., &
260 Jacobson, J. G. (2002). Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a
261 placebo-controlled, randomized clinical trial. *Journal of the American Academy of Child and*
262 *Adolescent Psychiatry*, 41(10), 1205–1215
- 263 28. **Zhang, Y., Zhou, X., & Xie, P. (2018).** *Antidepressants for depressive disorder in children and*
264 *adolescents: a database of randomised controlled trials.* *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–9.
- 265 29. B. Welniarz, F. Saintoyan ; Child and adolescent depression: Psychotropic treatment
266 and hospitalization ; 2015.
- 267 30. Al Husni Al Keilani, M., & Delvenne, V. (2017). Dépression de l'enfant et de l'adolescent. *Revue*
268 *Médicale de Bruxelles*, 38(4), 209–213.

269

270

271