

Avec la participation de



**A**gence **N**ationale  
d'**A**ccréditation et  
d'**É**valuation en **S**anté

**LES TROUBLES  
DÉPRESSIFS CHEZ L'ENFANT : RECONNAÎTRE,  
SOIGNER, PRÉVENIR. DEVENIR.**

CONFÉRENCE DE CONSENSUS

---

TEXTE COURT

Jeudi 14 et vendredi 15 décembre 1995  
Sénat - Palais du Luxembourg

**Fédération Française de Psychiatrie**

**Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent  
Association des Psychiatres d'Intersecteur**

avec le concours de la **Société Française de Pédiatrie**

avec le soutien de la **MGEN**

### COMITÉ D'ORGANISATION

- V. KOVESS : Présidente, Psychiatre, CHS La Verrière (Le Mesnil Saint Denis)  
B. BADER-MEUNIER : Pédiatre, CHU Bicêtre  
F. CAROLI : Psychiatre, CHS Sainte Anne (Paris)  
F. CARPENTIER : Méthodologiste, ANDEM (Paris)  
J. CONSTANT : Pédopsychiatre, CHG (Chartres)  
A. DUROCHER : Méthodologiste, ANDEM (Paris)  
P. PARQUET : Psychiatre, CHU Lille  
JC. PASCAL : Psychiatre, CHS Antony  
A. PLANTADE : Pédopsychiatre, Institut T. Roussel (Montesson)  
N. QUEMADA : Chercheur INSERM (Paris)  
JM. THURIN : Psychiatre, FFP (Paris)  
avec la participation de L. PAZART : Méthodologiste, ANDEM (Paris)

### JURY

- A. PLANTADE : Président, Pédopsychiatre, Institut T. Roussel (Montesson)  
J. AUGENDRE : Psychiatre (Paris)  
P. BOUCHARD : Journaliste (Paris)  
MM. BOURRAT : Pédopsychiatre, Centre de la Mère et l'Enfant (Limoges)  
C. BOUSCAREL : Psychologue scolaire (Clermont-Ferrand)  
B. BROS : Médecin généraliste (Carbonne)  
MF. CHAMBON : Pédiatre (Quetigny)  
JJ. DABAN : Psychiatre (Ecouen)  
F. DAVOINE : Psychanalyste (Paris)  
S. FERARY : Directrice école (Paris)  
C. LACHAL : Pédopsychiatre (Clermont-Ferrand)  
J. MASSONNET : Inspecteur Ed. Nat. (Puteaux)  
C. MILLE : Pédopsychiatre, CHU Amiens  
C. MUKHERGEE : Cadre socio-éducatif (Cergy)  
J. ROBINEAU : Assistante sociale, CHS Vaucluse (Epinay s/Orge)  
D. SECHTER : Psychiatre, CHU St Jacques (Besançon)  
G. VAUDOUR : Pédiatre, CHG (St Quentin)

### EXPERTS

- M. BASQUIN : Pédopsychiatre, CHU Pitié Salpêtrière (Paris)  
L. BERGERON : Psychologue, Hôpital Rivière des Prairies (Montréal, Canada)  
B. BOILEAU : Psychiatre, Hôpital Ste Justine (Montréal, Canada)  
MP. BOUVARD : Pédopsychiatre, CHU R. Debré (Paris)  
A. BRACONNIER : Psychiatre, Ass. de Santé mentale du 13e ar. (Paris)  
C. BURSZTEJN : Pédopsychiatre, CHU Nancy  
C. CHILAND : Pédopsychiatre (Paris)  
B. DURAND : Pédopsychiatre, Hôpital Intercommunal (Créteil)  
A. GAUVIN-PIQUART : Pédiatre et Psychiatre, Institut G. Roussy (Villejuif)  
B. GOLSE : Pédopsychiatre, Hôpital St Vincent de Paul (Paris)  
F. LADAME : Psychiatre (Genève, Suisse)  
J. MALLET : Directeur recherche CNRS, CHU Pitié Salpêtrière (Paris)  
J. MANZANO : Psychiatre, Service Médico-pédagogique (Genève, Suisse)  
D. MARCELLI : Pédopsychiatre, CHU J. Bernard (Poitiers)  
Ph. MAZET : Pédopsychiatre, CHU Avicenne (Bobigny)  
R. MISES : Pédopsychiatre, CHU Bicêtre  
MC. MOUREN-SIMENONI : Pédopsychiatre, CHU R. Debré (Paris)  
R. NEUBURGER : Psychiatre (Paris)  
M. NOBLINS : Pédiatre (Charenton le Pont)

D. SIBERTIN-BLANC : Pédiopsychiatre, CHU Nancy  
JP. VALLA : Psychiatre, Hôpital Rivière des Prairies (Montréal, Canada)  
ML. VERDIER-GIBELLO : Psychologue, CHU Pitié Salpêtrière (Paris)

GROUPE DE TRAVAIL

I. POMERANC : Pédiopsychiatre, CHU Bicêtre  
AL. SIMONNOT : Pédiopsychiatre, CHU Avicenne (Bobigny)  
S. TRIBOLET : Psychiatre, CH Sainte Anne (Paris)  
V. VANTALON : Pédiopsychiatre, CHU R. Debré (Paris)

**L'organisation de cette conférence de consensus a été rendue possible grâce à l'aide apportée par les laboratoires : Lilly France, Lundbeck, Produits Roche, Sanofi Winthrop, SmithKline Beecham, Synthélabo, la société d'assurance Sedgwick Noble Lowndes "Soc Cofast EBC", l'Institut de Recherches Internationales Servier.**

## **AVANT-PROPOS**

**Cette conférence a été organisée et s'est déroulée conformément aux règles méthodologiques préconisées par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM).**

Les conclusions et recommandations présentées dans ce document ont été rédigées par le jury de la conférence, en toute indépendance. Leur teneur n'engage en aucune manière la responsabilité de l'ANDEM.

## **INTRODUCTION**

Si l'existence même de troubles dépressifs chez l'enfant, déniée à une certaine époque, est actuellement bien établie, de nombreuses questions persistent et méritaient d'être posées lors d'une conférence de consensus réunissant des experts de divers pays francophones devant un jury composé d'intervenants du monde de l'enfance.

N'ont été abordés que les troubles de l'enfant prépubère, du nourrisson jusqu'à douze ans, excluant de ce fait les troubles de l'adolescent.

## QUESTION 1

### Comment RECONNAITRE les troubles dépressifs chez l'enfant ?

- Face à un enfant en retrait, au visage souvent sérieux, peu mobile, ou à l'air absent, il faut savoir rechercher l'humeur dépressive. De la même façon, en présence d'un enfant décrit comme irritable, agité, opposant et insatisfait, il faut penser aussi à rechercher la tristesse. En effet, humeur dépressive et tristesse, qui sont les caractéristiques de l'épisode dépressif, ne peuvent être perçus qu'à partir d'une écoute attentive.

Les mots de l'enfant sont explicites :

- "J'ai envie de rien"
- "Je suis nul"
- "Je suis méchant"
- "C'est de ma faute"
- "Personne ne m'aime"
- "Je n'y arrive pas, c'est trop dur"

Le désarroi des parents se traduit par des phrases du type :

- "Il n'est plus comme avant"
- "Je ne le reconnais pas"
- "Il n'est jamais content"
- "On ne peut jamais lui faire plaisir"

En fait, pour évoquer l'épisode dépressif de l'enfant, il faut retrouver l'expression, selon différents modes, d'une souffrance reliée à la perte et au sentiment d'impuissance. La durée de l'épisode doit bien entendu être prise en compte. Elle est variable avec l'âge.

- Le tableau est différent chez le très jeune enfant. Il s'agit alors d'un bébé sans pleurs ni larmes, avec une mimique pauvre, des conduites répétées et monotones, un affaiblissement des réponses aux sollicitations, une pauvreté interactive, une altération de la communication qui est amplifiée par le désarroi de l'entourage face à ce bébé qui ne répond pas, ou encore présente une désorganisation psychosomatique.

Cette dépression du nourrisson est attribuée le plus souvent à la rupture des liens d'attachement, spécialement avec la mère. Les conditions d'apparition parfois inapparentes doivent être recherchées.

- Les médecins et les pédiatres occupent une place privilégiée dans le dépistage des premiers symptômes dépressifs. Leur souci d'éliminer une cause organique devant toute plainte de l'enfant peut les conduire à sous-estimer la dépression.

Lors d'une banale consultation, le médecin de l'enfant peut repérer la dépression à partir des signes décrits précédemment. Il doit alors rechercher une cause réactionnelle simple.

Dans un certain nombre de cas, il peut assumer seul la prise en charge de la dépression de l'enfant, mais, il est souvent amené à envisager une collaboration avec le pédopsychiatre à laquelle il doit préparer les parents.

- L'évaluation quantitative et standardisée des troubles dépressifs est importante. En épidémiologie, les instruments semblent assez bien adaptés. Par contre, pour l'évaluation clinique, aucune des échelles ou entretiens standardisés ne paraissent totalement satisfaisants. Cette lacune invite à des recherches complémentaires.
- Trois systèmes de classification des troubles mentaux sont proposés et présentent la dépression de l'enfant avec des différences notables :
  1. La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA).
  2. Le Manuel Diagnostique et Statistique (DSM) publié par l'association américaine de psychiatrie, non spécifique à l'enfant.
  3. La Classification Internationale des Maladies (CIM 10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), également non spécifique.

Pour faciliter les études cliniques et épidémiologiques, le Jury recommande que des recherches soient engagées afin d'établir des concordances entre ces trois classifications.

- La plupart des études épidémiologiques (réalisées en langue anglaise à partir de la classification DSM) trouvent, dans la population des enfants de 6 à 12 ans, que la prévalence de la dépression est inférieure à 3 %; il s'agit donc d'un trouble relativement rare.

Le suicide est rarissime chez l'enfant, toutefois, une sous-estimation des idées et conduites suicidaires est possible car peu d'enquêtes ont abordé ce sujet.

- Il faut pouvoir situer la dépression en fonction de l'organisation de la personnalité de l'enfant :

La tristesse n'est pas l'épisode dépressif mais représente une réaction émotionnelle dont tout enfant fait un jour ou l'autre l'expérience.

Certains épisodes dépressifs surviennent chez des enfants qui ne présentent pas de perturbations graves de la personnalité. Il peut s'agir soit d'un remaniement interne en fonction des étapes du développement (moments dépressifs), soit d'une réaction à une perte réelle ou symbolique (dépression réactionnelle) .

Chez les enfants présentant une pathologie dite "limite" l'épisode dépressif peut évoluer vers un trouble grave, ou être, au contraire, l'occasion de remaniements positifs.

L'épisode dépressif peut aussi apparaître chez un enfant présentant une organisation névrotique de la personnalité qui, face à la menace d'une perte d'amour et d'estime de soi, ne parvient plus à trouver de réponse adaptée en lui-même et dans son entourage, en raison de ses conflits internes.

Les épisodes dépressifs dans le cadre des psychoses sont rares.

Ainsi, la personnalité sous-jacente de l'enfant donne à la dépression un potentiel évolutif variable. Plus que l'intensité de l'épisode dépressif c'est la possibilité qu'aura l'enfant de l'élaborer et de le surmonter qui jouera un rôle déterminant sur son devenir. Cette capacité est elle-même grandement dépendante des aides qui lui seront apportées.

## QUESTION 2

### Comment SOIGNER les troubles dépressifs chez l'enfant ?

Il importe que l'enfant déprimé soit précocement reconnu comme tel mais il ne saurait pour autant tirer profit d'un activisme thérapeutique inconsidéré.

En pratique, le rôle des médecins généralistes et des pédiatres est important aussi bien au plan diagnostique que thérapeutique et en particulier pour les enfants traversant un moment dépressif. A l'inverse, tout affect dépressif durable, résistant à cette première approche, justifie le recours au pédopsychiatre.

Le traitement peut être psychothérapique individuel ou familial voire de groupe et/ou chimiothérapique.

- Les indications de psychothérapie psychanalytique concernent préférentiellement les dépressions survenant dans un contexte névrotique. Les cures se déroulent à raison d'une ou deux séances par semaine pendant une durée rarement inférieure à deux ans.

De même la plupart des dépressions réactionnelles sont accessibles à un abord psychothérapique de courte durée prenant la forme de consultations.

Par contre les indications sont plus délicates à poser pour les enfants déprimés souffrant de troubles plus graves de la personnalité. La formation et l'expérience du psychothérapeute sont là déterminantes.

Le psychodrame et les psychothérapies de groupe trouvent leurs indications dans les dépressions de l'enfant quand une relation duelle ne peut s'établir.

- Une thérapie familiale formalisée est indiquée quand les parents, plus éprouvés que l'enfant lui-même, se montrent inaptes à réagir de manière adéquate à ses difficultés. Son objectif est d'aider la famille à retrouver les qualités auto-curatrices qui sont naturellement les siennes.
- Les thérapies comportementales et cognitives sont quant à elles centrées sur des objectifs précis, et planifiées dans une perspective de changement. Elles sont très peu développées chez les enfants de moins de 12 ans.

- L'usage du traitement chimiothérapique est très limité chez l'enfant et la prescription doit suivre des règles précises.

Chacun s'accorde à reconnaître qu'un traitement antidépresseur ne saurait être institué en première intention chez un enfant déprimé.

Dans l'état actuel des connaissances, seuls les tableaux sévères et durables de dépressions, entravant de manière massive le fonctionnement psychosocial, et ne réagissant pas aux interventions psychothérapeutiques, pourraient justifier la prescription d'antidépresseurs.

L'intérêt des anxiolytiques n'a pas été prouvé chez l'enfant déprimé et l'abstention est préférable. De même toute polychimiothérapie est à proscrire.

## QUESTION 3

### Peut-on PREVENIR les troubles dépressifs chez l'enfant ?

Un certain nombre de caractéristiques de l'enfant et de son entourage peuvent être rapportées à la prévalence des différentes formes des dépressions. Il peut s'agir de simples corrélations, d'indicateurs de risques, ou des caractéristiques qui précèdent le début du trouble et augmentent la probabilité de sa survenue appelées facteurs de risque. A l'inverse, il existe des facteurs de protection. Ces facteurs sont de divers ordres : génétiques, somatiques, environnementaux et sociaux.

- Bien que les recherches génétiques soient complexes en particulier du fait que dans une même famille, il faille différencier les facteurs génétiques de ceux de l'environnement, il semble établi que les descendants de sujets adultes porteurs d'une maladie maniacodépressive (troubles bipolaires) ont une probabilité plus élevée de présenter des problèmes de santé mentale. Ces problèmes ne sont pas exclusivement des troubles dépressifs de type bipolaire.

En l'état actuel, aucun conseil génétique n'est envisageable, mais il est nécessaire d'être attentif aux enfants nés dans des familles où des troubles de ce type ont été reconnus.

- L'atteinte somatique ne semble pas être un facteur de risque en soi dans la plupart des maladies somatiques graves. Par contre, la dépression semble être corrélée à la douleur lorsqu'elle n'est pas traitée ou lorsque les traitements sont inefficaces.
- Facteurs d'environnement :

Les recherches sur ces sujets sont soumises à des contraintes méthodologiques complexes qu'il convient d'avoir à l'esprit dans l'interprétation des résultats.

La fréquence de la dépression augmente à l'adolescence et, jusqu'à 12 ans aucune différence significative n'apparaît entre garçons et filles.

L'effet cumulatif d'événements stressants constitue un facteur de risque chez l'enfant.

La monoparentalité est davantage associée à la persistance des troubles qu'à leur déclenchement.

L'existence de troubles dépressifs chez les parents augmente le risque de survenue de troubles dépressifs chez les enfants.

Les carences affectives majeures sont corrélées à certaines dépressions graves chez le nourrisson.

L'effet des comportements punitifs, coercitifs, arbitraires des parents sur le développement des troubles chez l'enfant mérite d'être souligné.

La cohésion familiale, la qualité de la relation parent-enfant et les compétences intellectuelles apparaissent comme les facteurs de protection les plus probables.

- Facteurs d'ordre scolaire :

Le lien entre la baisse des résultats scolaires et les troubles dépressifs paraît évident.

L'école peut contribuer à entretenir et même accentuer les facteurs de risque lorsqu'elle stigmatise un échec. Par contre, elle joue un rôle de protection lorsqu'elle fournit aux enfants les moyens de répondre à ses exigences, et qu'elle met en oeuvre une pédagogie du renforcement positif des acquis.

L'école est un lieu où des troubles dépressifs peuvent être observés et reconnus sans devoir y être diagnostiqués.

L'école a un rôle préventif à jouer en accompagnant chaque enfant dans tous les moments de rupture et de passage, y compris les ruptures culturelles.

- Autres facteurs :

Les recherches épidémiologiques ne permettent pas de corréler le décès d'un parent et la dépression de l'enfant.

Cependant, le deuil est une situation à risque que l'enfant peut surmonter grâce à l'aide du parent survivant qui peut avoir besoin d'une aide extérieure.

La prévalence de la dépression maternelle, plus spécifiquement dans les suites de l'accouchement, entraîne pour l'enfant un risque accru de présenter des troubles du développement et tous les lieux d'accueil où une attention particulière est portée aux échanges mère-enfant, jouent un rôle dans le sens de la prévention primaire.

Le rôle des caractéristiques socio-économiques n'est pas encore bien établi mais interviendraient notamment par le biais du stress vécu par les parents, et des perturbations relationnelles au sein de la famille.

Les mesures préventives en milieu socialement défavorisé agiraient sur les états dépressifs de l'enfant, entre autres par l'amélioration de l'estime de soi des parents. Leur efficacité repose, pour la petite enfance, sur des interventions à domicile très précoces dès la grossesse.

Pour les enfants d'âge scolaire, il est recommandé de soutenir l'estime de soi des enfants en améliorant la qualité de la relation parentale et la qualité de la relation à l'école.

Certains programmes de prévention nord-américains ont montré leur efficacité et pourraient servir de modèle. Des programmes et des recherches de santé publique sont à développer en France.

## QUESTION 4

### **Quel est le DEVENIR à court et long terme de l'enfant présentant des troubles dépressifs ?**

- A court terme les troubles dépressifs de l'enfant s'accompagnent d'une altération des performances qui peut être à l'origine de difficultés dans les domaines scolaire, relationnel et social.

Malgré les différences de méthodologie utilisées dans les études, les données recueillies sur le devenir des troubles dépressifs chez l'enfant témoigneraient du risque de récurrences. Cependant, d'autres modalités évolutives peuvent se manifester avant, pendant ou après la dépression : troubles anxieux et troubles des conduites, ces derniers pouvant évoluer pour leur propre compte.

- Le principal risque évolutif des troubles dépressifs de l'enfance serait la récurrence d'épisodes équivalents au cours de l'adolescence. Ce risque n'est pas le seul, car une évolution vers des troubles de la personnalité serait possible.

Le risque de rechutes et de récurrences dépressives à l'adolescence est important au cours de l'évolution d'un épisode dépressif. En revanche un trouble dépressif réactionnel n'est pratiquement jamais suivi d'un épisode dépressif chez l'adolescent.

- La majorité des cas de dépression à l'âge adulte ne serait pas précédée de troubles dépressifs dans l'enfance. Il est donc important de se dégager de l'équation simpliste qui lierait inéluctablement la pathologie de l'adulte aux troubles dépressifs de l'enfant.