

DISCUSSIONS ET DÉBATS

LA DÉPRESSION CHEZ L'ADOLESCENT

Recherche menée par

Pierre RAYSSE et **Diane PURPER-OUAKIL**

Service de Médecine Psychologique pour Enfants et Adolescents, MONTPELLIER



FONDATION
Pierre Deniker
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE

La dépression chez l'adolescent

La question de la dépression à l'adolescence et l'évaluation thérapeutique des troubles dépressifs de l'adolescent nécessite de pouvoir répondre à plusieurs questions polémiques : « Quelle est la définition de la population à traiter ? », « L'adolescence est-elle un stade du développement avec des fondements neurobiologiques ou est-elle une construction sociale à un point tel qu'il était des cultures dites traditionnelles où elle n'existait pas ? ». De la définition de l'adolescence à celle de la dépression, cet article discute les controverses qui transforment notre regard sur la dépression de l'adolescent et soulignent comment ces controverses transparaissent à travers les travaux de recherche actuelles sur la dépression, les hypothèses étiopathogéniques sous-jacentes et les perspectives de prise en charge. Les évolutions les plus actuelles de ces débats sont discutées dans 4 axes : Quelle est la place de la dépression de l'adolescent au sein du développement ? Relève-t-elle de critères diagnostiques spécifiques ? Quel est son poids épidémiologique actuel ? Quelles sont les thérapies les plus adaptées pour la dépression chez l'adolescent ?

SOMMAIRE

De quels résultats communément admis disposons-nous ?	p.3
Qu'en faisons-nous concrètement ?	p.10
Références	p.11
Biographies	p.20

NOTA BENE : Les numéros entre crochets dans le texte correspondent aux références bibliographiques situées à la fin du document (Exemple : [1] correspond à Ref. [1] sur la page 11).

De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. Pour connaître les caractéristiques de la dépression chez l'adolescent, voir l'article n° 01-1: « La dépression chez l'adolescent » (Dr. Julie Brunelle et Pr. David Cohen), Le Livre Blanc de la Dépression.

2. Comorbidité est une association de deux ou de plusieurs maladies ou troubles différents et indépendants, tels qu'ils sont individualisés par les classifications en cours. Ainsi, une affection comorbide a existé ou peut survenir durant l'évolution clinique d'un patient qui a une maladie étudiée (A.R. Feinstein, 1970).

3. Méta-analyse: Une méta-analyse est une démarche statistique combinant les résultats d'une série d'études indépendantes sur un problème donné. La méta-analyse permet une analyse plus précise des données par l'augmentation du nombre de cas étudiés et de tirer une conclusion globale. Cette démarche est largement utilisée en médecine pour l'interprétation globale d'études cliniques parfois contradictoires.

4. Organisation Mondiale de la Santé.

5. Etiopathogénique: Étude des causes d'une maladie et des processus par lesquels ces causes agissent.

L'abord actuel de la dépression à l'adolescence confronte à de véritables paradoxes. Les troubles liés à l'adolescence¹, dont la dépression et les tentatives de suicide, sont largement médiatisés mais la plupart du temps ils ne sont pas identifiés comme un problème de santé publique [1].

La littérature médico-psychologique relative à la dépression de l'adolescent en souligne au contraire les enjeux majeurs de part les comorbidités² associées, le retentissement développemental, psychosocial et l'engagement du pronostic vital lié au risque suicidaire [2-4]. La prévalence des troubles de l'humeur à l'adolescence est élevée et serait en augmentation avec un risque plus élevé et plus précoce à chaque génération [5]. Pourtant, il faut constater que les données scientifiques disponibles sur la question demeurent encore aujourd'hui tout à fait insuffisantes [6, 7]. Les revues de la littérature et méta-analyses³ relatives à la dépression à l'adolescence mettent le plus souvent en évidence les effectifs insuffisants, des méthodologies non comparables, de nombreux biais de sélection... [8-10]. Les manques concernant l'évaluation des différentes formes de thérapies sont flagrants [11].

L'évaluation thérapeutique des troubles dépressifs de l'adolescent nécessite de pouvoir répondre à une question méthodologique première : « Quelle est la définition de la population à traiter ? » [12]. Or même si il est possible de se référer à la définition de

l'O.M.S.⁴, « période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte, entre les âges de 10 et 19 ans » [13], l'adolescence reste un concept flou, notamment sur ses bornes chronologiques. Sa définition est en lien avec des critères médicaux, psychologiques, culturels, anthropologiques, sociologiques et économiques. Elle est de plus un concept évolutif ; ainsi, depuis le début du XX^{ème} siècle, la puberté apparaît de plus en plus précocement tandis que de l'entrée dans une vie d'adulte recule à un point tel qu'a été décrite au cours des dernières années la population des « adolescents » [14].

Une controverse ancienne persiste ainsi : l'adolescence est-elle un stade du développement avec des fondements neurobiologiques ou est-elle une construction sociale à un point tel qu'il était des cultures dites traditionnelles où elle n'existait pas ? [15] Cette controverse transparait encore au travers des travaux de recherche sur la dépression de l'adolescent et des hypothèses étiopathogéniques⁵ sous-jacentes. (cf. pour illustration la liste de recherches en cours aux Etats-Unis [16]).

Ces incertitudes, le manque de données scientifiques expliquent pour grande part l'ampleur des débats persistants actuellement sur la dépression de l'adolescent.

Il est possible de les regrouper en quatre axes de discussion :

> Quelle est la place de la dépression de l'ado-

6. National Institute of Mental Health.

7. Etude longitudinale : permet de recueillir des données grâce au suivi d'une population dans le temps en fonction d'un événement de départ.

8. L'épidémiologie : science qui étudie, au sein des populations (humaines, animales, voire végétales), la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans le temps et dans l'espace, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent. **Consulter le lien**

- lescent au sein du développement ?
- > Relève-t-elle de critères diagnostiques spécifiques ?
- > Quel est son poids épidémiologique actuel ?
- > Quelles sont les thérapies les plus adaptées pour la dépression chez l'adolescent ?

QUELLE EST LA PLACE DE LA DÉPRESSION DE L'ADOLESCENT AU SEIN DU DÉVELOPPEMENT ?

Au XXI^{ème} siècle la controverse dichotomique sur l'adolescence comme stade ou comme construction sociale n'a plus lieu d'être. On peut noter que les données issues de la recherche neurobiologique ne permettent pas de valider une fin de l'adolescence à 18 ans. En sus des transformations issues de la véritable « explosion hormonale » post pubertaire [17], l'évolution du cerveau humain continue de se poursuivre chez le jeune adulte (myélinisation tardive, en particulier dans les aires frontales, synaptogénèse intense suivie d'une « taille neuronale » (synaptic pruning) conduisant à une réorganisation sélective) [18-21]. Les avancées de la recherche plaident en faveur d'un processus développemental continu et d'une réorganisation du fonctionnement humain à l'adolescence puis chez l'adulte jeune, répondant à des mécanismes interactifs autant endogènes qu'exogènes. Nicolas Georgieff propose ainsi de comprendre l'adolescence comme un « processus adaptatif complexe correspondant à un ensemble de transformations comportementales et psychologiques lorsque des changements à la fois intrinsèques (liés au développement et/ou

vieillessement) et extrinsèques (liés à la réalité interpersonnelle, sociale et culturelle, ici modifiée par l'accès au corps et au statut adulte, modifiée par l'accès à la sexualité génitale) imposent au sujet de s'adapter à la fois à une nouvelle réalité externe et à une nouvelle réalité interne » [22]. L'adolescence n'est alors que le paradigme paroxysmique d'un processus adaptatif présent tout au long de l'existence mais qui, dans ce processus de réorganisation développementale, crée une période de vulnérabilité avant d'atteindre dans le développement normal les niveaux les plus élevés des compétences cognitives, affectives et sociales [23].

Situer l'émergence des troubles dépressifs dans une telle conception moderne et dynamique de l'adolescence mais aussi au sein de l'histoire naturelle des troubles de l'humeur [6], permet de resituer dans une continuité développementale des points de débat tels que la question de la dépression de l'adolescent comme en rupture ou en continuité de troubles préexistants de l'enfance, ou la question du début des troubles de l'humeur de l'adulte.

Dans ce contexte deux grands domaines d'étude sont proposés :

- > Des recherches multidisciplinaires sur la dépression de l'adolescent [23,24] recommandées depuis déjà plus de dix ans par le National Institute of Mental Health⁶ américain [6].
- > Des études longitudinales⁷ d'épidémiologie⁸ développementale allant de l'enfance à l'âge adulte, travaux encore bien trop rares [25].

9. CIM-10 : La Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^{ème} révision (connue sous la « CIM-10 ») est une liste de classifications médicales codant notamment les maladies, signes, symptômes, circonstances sociales et causes externes de maladies ou de blessures, publiée par l'organisation mondiale de la santé (OMS).

10. DSM est l'acronyme de l'anglais Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; IV est le numéro de version (il s'agit ici de la quatrième version de ce manuel, publiée en 1994 ; la première version datait de 1952) ; TR est l'acronyme de Texte Révisé, qui correspond à une mise à jour du texte datant de 2000. La dernière version de la classification est le DSM -5.

11. Pour connaître **les symptômes de la dépression chez l'adulte** et en avoir une illustration, voir l'article n° 20-1 : « **Comment se fait un diagnostic de dépression** », Tableau n°1 (Dr. David Gourion), Le Livre Blanc de la Dépression.

12. Voir l'article n°23 : « **Dépression Bipolaire, aspects Cliniques** » (Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression.

13. Voir l'article n°1-1 : « **La dépression chez l'adolescent** » (Dr. Julie Brunelle et Pr. David Cohen), Le Livre Blanc de la Dépression.

RELÈVE-T-ELLE DE CRITÈRES DIAGNOSTIQUES SPÉCIFIQUES ?

Comme indiqué dans le chapitre 1.4, les classifications internationales CIM-10⁹ et DSM¹⁰-5 n'individualisent pas de critères diagnostiques spécifiques pour les troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent.

On peut noter dans la CIM-10, l'existence dans le chapitre spécifique à l'enfance et l'adolescence (F90-F98) de la catégorie « troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels » (F92) et du code F92.0 « troubles des conduites avec dépression » qui peut correspondre à des formes de dépression décrites à l'adolescence où irritabilité et troubles externalisés sont associés aux symptômes dépressifs typiques [26]. De nombreux points font encore débat sur le plan nosographique :

Quel est le seuil de significativité diagnostique ?

Cette question n'est pas propre à la dépression : distinguer le normal du pathologique est un des enjeux auxquels le clinicien est fréquemment confronté pour beaucoup de troubles de l'adolescence d'autant que les symptômes peuvent varier rapidement chez un même sujet. Elle est cependant particulièrement pertinente pour les troubles dépressifs de l'adolescent. La littérature psychiatrique française a décrit la morosité de l'adolescence [27], que l'on retrouve chez les auteurs actuels qui décrivent des symptômes dépressifs fréquents chez les sujets sains [28] ; certains auteurs parlent de « dépressivité normale » [4]. Dans la continuité de ce questionnement, les troubles de l'humeur sub-cliniques, en dessous du seuil diagnos-

tique d'état dépressif majeur (selon le DSM IV [29]) sont fréquents à l'adolescence [30]. Leur retentissement fonctionnel n'est pas négligeable car ces formes sub-cliniques sont associées à un risque élevé de dépression caractérisée ultérieure mais aussi d'actes suicidaires [31].

Les différentes formes d'expression de la dépression à l'adolescence font l'objet de discussions

C'est le cas pour la nature des symptômes au premier plan, l'existence de formes spécifiques de dépression durant cette période, la validité des catégories nosographiques de l'adulte¹¹ face à l'importance des troubles associés à la dépression dans cette tranche d'âge. Un autre aspect est relatif aux spécificités culturelles d'expression des symptômes dépressifs à l'adolescence ; ainsi, les « masques culturels » de la dépression et les difficultés de diagnostic différentiel ont été décrits par certains ethnopsychiatres [32-34]. En revanche, l'existence de « dépressions masquées » chez l'adolescent, un concept récurrent dans la littérature médico-psychologique, n'a pas été retenu dans les classifications internationales [4].

La fréquence de l'irritabilité est soulignée comme symptôme de premier plan, mais aussi des troubles externalisés, des plaintes somatiques, notamment chez les adolescents les plus jeunes. En sus des formes classiques de dépression et de la question de l'identification précoce des troubles bipolaires¹² chez l'adolescent¹³, des formes cliniques non retenues dans les classifications internationales ont été décrites à l'adolescence, notamment la dépression d'infériorité, qui renvoie à la grande vulnérabilité narcissique rencontrée à cette période, et la dépression d'abandon

14. Personnalité borderline :

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV, APA, 1994), un trouble de la personnalité se définit comme une « modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants : 1. La cognition ; 2. L'affectivité (c'est-à-dire la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle) ; 3. Le fonctionnement interpersonnel ; 4. Le contrôle des impulsions. La personnalité limite (borderline) est caractérisée par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects.

15. Troubles anxieux :

Les troubles anxieux regroupent six entités cliniques : le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxiété sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'état de stress post-traumatique (ESPT). Pour une définition des troubles anxieux, on pourra consulter les informations fournies par la Haute Autorité de Santé (HAS).

16. Pour plus d'informations

concernant le lien Dépression et Anxiété, voir l'article n° 6 : « Quelle est la validité du concept de trouble anxio-dépressif » (Pr. A. Pelissolo), Le Livre Blanc de la Dépression.

17. Consultez l'article n° 24 :

« La dépression dans le DSM-5 : Nouveautés et débats » (Pr. J.-D. Guelfi), Le Livre Blanc de la Dépression

18. APA :

American psychiatric Association.

[35]. Cette dernière a été décrite initialement par Masterson chez des adolescents ayant des caractéristiques de personnalité borderline¹⁴ avec une histoire marquée par des antécédents de carences affectives [4-36].

40 à 90 % des enfants et adolescents ayant une dépression présentent une comorbidité psychiatrique, avec presque 50 % ayant au moins deux comorbidités [4,7,37]. La fréquence de ces comorbidités entraîne les débats sur une étiopathogénie commune. Les symptômes n'appartenant pas à la série dépressive sont-ils à considérer dans une approche catégorielle comme des comorbidités ou faut-il les appréhender comme des mécanismes d'adaptation étroitement associés à la dynamique dépressive ? [35]. Le débat persiste, par exemple pour les troubles anxieux¹⁵ associés dans 25 à 70 % des cas à la dépression de l'adolescent et qui pourraient souvent être précurseurs du syndrome dépressif [37-38]. Déjà en 1989, Achenbach et coll. proposaient de regrouper manifestations anxieuses et dépressives [39] ; les termes d'affectivité négative ou de syndrome anxiodépressif élargi étaient proposés [37]¹⁶. Certaines études factorielles sont en faveur d'une différenciation tardive chez les grands adolescents du facteur dépression [4]. Cependant, l'étude prospective de Hale et coll. de deux cohortes d'adolescents (dont une de 10-15 ans) durant 5 années indique au contraire, l'existence de deux processus évolutifs distincts [40]. D'autres études factorielles ont mis en évidence deux dimensions distinctes dans les troubles internalisés proposant ainsi une alternative à la distinction entre troubles anxieux et troubles de l'humeur : les troubles de type « détresse » : dépression et anxiété généralisée et les troubles de type « peur » [41,42].

Resituer la dépression de l'adolescent au

sein d'une dynamique développementale ou considérer les limites d'une approche catégorielle plaident pour un abord dimensionnel des troubles dépressifs. Hankin et coll. concluent ainsi au travers d'une analyse taxométrique à une structure dimensionnelle de la dépression [43].

L'évolution globale du DSM-5¹⁷ sort d'une approche strictement catégorielle même si le terme de « spectre des troubles dépressifs » n'a pas été finalement retenu à l'instar des troubles autistiques [44]. La parution récente de cette nouvelle version de la classification de l'A.P.A.¹⁸ a déclenché de vives polémiques [45,46]. L'introduction d'un abord dimensionnel pour coter la sévérité des dépressions de l'enfant et de l'adolescent a pour conséquence un élargissement du cadre nosographique de ce diagnostic. Elle oppose donc ceux qui soulignent l'intérêt de permettre l'accès aux soins à un plus grand nombre d'adolescents (notamment aux Etats-Unis où le diagnostic peut conditionner le financement des actions thérapeutiques) à ceux qui y voient un risque de surdiagnostic. Les partisans de cette évolution de la classification américaine citent l'intérêt de traiter, de par les risques significatifs d'évolution négative [31], les adolescents en dessous des seuils de diagnostics de dépression [47]. Les opposants indiquent en particulier qu'en multipliant jusqu'à 4 fois le nombre d'adolescents entre 12 et 18 ans concernés par le diagnostic de dépression, le risque de traitement abusif serait important [48].

Sur l'évolution des classifications de façon plus générale, il faut citer la revue récente de littérature de Sir M. Rutter qui plaide pour distinguer la question des diagnostics de celle des classifications, combiner abord catégoriel et dimensionnel, coter séparément incapaci-

19. Consultez l'article de M. Rutter : Rutter, M. (2011). Research review: child psychiatric diagnosis and classification: concepts, findings, challenges and potential. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(6), 647-660.

20. La prévalence : généralement exprimée en pourcentage, est la proportion de cas d'une maladie donnée dans une population.

21. Voir l'article n°02-1: « La dépression chez l'enfant ». (Dr. J. Brunelle), Le Livre Blanc de la Dépression.

tés et diagnostics, différencier les classifications pour la recherche et la pratique clinique, ne plus individualiser un groupe de troubles ayant un début spécifique dans l'enfance (mais aborder cette question pour tous les troubles)... [49]¹⁹.

QUEL EST LE POIDS ÉPIDÉMIOLOGIQUE ACTUEL DE LA DÉPRESSION À L'ADOLESCENCE ?

L'évolution des classifications et des seuils diagnostics contribue à la variabilité des chiffres de prévalence²⁰ de la dépression à l'adolescence [10]. La possibilité d'une sous-évaluation de la prévalence est évoquée, particulièrement chez les adolescents les plus jeunes, quand les formes cliniques s'éloignent du tableau diagnostique le plus typique ou quand elles ne sont pas encore sévères [50]. On retrouve également le débat ancien sur les « masques » de la dépression et la place des nombreuses comorbidités de la dépression de l'adolescent. La composante thymique des troubles externalisés est soulignée par des travaux récents, mettant l'accent sur l'irritabilité, fréquemment associée aux syndromes dépressifs chez l'adolescent et qui pourrait également en constituer un facteur de risque [51]. D'autres, bien avant la controverse sur les risques de surdiagnostic du DSM-5, ont interrogé sur une « épidémie de dépression de l'enfant et de l'adolescent » et un surdiagnostic des troubles bipolaires [25, 48].

L'idée d'épidémie de dépression à l'adolescence vient de l'ensemble des publications qui mettent en avant un début plus précoce des troubles dépressifs et un risque plus

important de développer une dépression à chaque nouvelle génération depuis 1940 [4, 5, 25]. Costello et coll. indiquent qu'en fait ces résultats émanent d'études rétrospectives effectuées auprès de patients adultes chez lesquels le biais de mémorisation augmente avec l'âge. Les études portant directement sur des populations d'adolescents (qui n'existent pas pour des populations nées avant les années 60) ne montrent pas d'augmentation au fil des générations [25].

De même quelle est l'ampleur et quelles sont les raisons de l'augmentation de prévalence des troubles dépressifs à l'adolescence (De 1% chez l'enfant à 25% en fin d'adolescence)? La dépression de l'enfant²¹ n'est-elle pas encore par trop méconnue? L'idée que les troubles dépressifs seraient ceux dont l'apparition serait la plus tardive parmi les troubles psychiatriques infantiles est ainsi aussi mise en question.

Il faut rappeler que la reconnaissance de la dépression de l'enfant est tardive dans l'histoire de la médecine [52]. La dépression de l'adolescent a été officiellement reconnue au quatrième congrès de l'Union européenne des pédopsychiatres à Stockholm en 1971 [4]. Cette reconnaissance tardive explique en partie le manque d'études épidémiologiques comparativement à d'autres troubles [10, 30]. En outre, l'étude des dépressions de l'enfant, particulièrement chez les plus jeunes, pose de nombreuses difficultés méthodologiques: inconsistance des symptômes relevés selon les sources d'information (enfants, parents, professionnels...), variabilité de l'expression clinique des symptômes au fil du développement, comorbidités importantes. Chez les enfants les plus jeunes, le faible effectif des populations étudiées, leur représentativité

22. TDAH: Trouble Déficit de l'Attention/Hyperactivité. Pour plus d'informations: [lien](#)

23. Rapport Inserm sur l'efficacité des psychothérapies

24. Pour une présentation générale des interventions psychologiques pour la prise en charge de la dépression, voir l'article n°17: «**Dépression et Psychothérapie dans la vraie vie**» (Dr. J-M Thurin), Le Livre Blanc de la Dépression.

incertaine, la variabilité des instruments de mesure utilisés et la question de leur validité selon l'âge, sont limitatives [30, 53].

Un autre point de discussion est celui du début des troubles bipolaires.

Son existence chez l'adolescent n'est pas contestée mais l'usage extensif de ce diagnostic chez des enfants prépubères, notamment aux Etats-Unis a donné lieu à de nombreuses controverses. [54-56]. Elles portent sur les modalités d'expressions possibles de ce trouble chez l'enfant et l'adolescent jeune, (notamment sous forme d'irritabilité, explosivité ou hypervigilance, [57, 58]), sur le seuil diagnostique [59], les comorbidités ou diagnostics différentiels (TDAH²² en particulier pour lesquels il y a chevauchement des critères diagnostics) et les implications thérapeutiques. [55, 60, 61]. En découlent des oppositions entre les auteurs qui estiment les troubles bipolaires sous-diagnostiqués [62] et ceux qui dénoncent les risques de l'élargissement du spectre de la bipolarité [63, 59]. Effectivement aux Etats-Unis le diagnostic de troubles bipolaires juvéniles a été multiplié par 40 entre 1994 et 2004 [64] avec inclusion de formes non épisodiques, ou à cycles courts, et avec irritabilité dominante [65, 66]. Or, les quelques études longitudinales disponibles [67-69] ne sont pas en faveur d'une évolution vers des troubles bipolaires à l'âge adulte de ces troubles chroniques à début précoce. Dans ce contexte a été créée dans le DSM-5 [45] la catégorie diagnostique du trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur pour les enfants et adolescents ayant des troubles émotionnels et des conduites dominés par une irritabilité chronique [66, 70, 71].

Pour A. Jorm, l'idée d'un « vrai taux de

prévalence » est un mythe car en fait une construction arbitraire relative aux critères diagnostiques et aux instruments de mesure utilisés [72, 73]. On peut ainsi relativiser les chiffres épidémiologiques mais la vivacité des débats est liée aux enjeux de santé publique et aux conséquences thérapeutiques pour les adolescents.

QUELLES SONT LES THÉRAPIES LES PLUS ADAPTÉES POUR LA DÉPRESSION CHEZ L'ADOLESCENT ?

Il faut en premier lieu souligner qu'un accès aux soins insuffisant est un problème cité comme persistant pour les adolescents dans de nombreux pays [74].

Nous ne réaborderons pas ici le débat sur l'évaluation des psychothérapies²³ selon lequel les méthodologies de médecine fondée sur les preuves favoriseraient les psychothérapies les plus structurées et de courte durée au détriment des autres formes de thérapies, débat non spécifique aux thérapies proposées pour la dépression de l'adolescent. On pourra se référer au rapport Inserm sur l'efficacité des psychothérapies et aux textes qui ont suivi sa publication en 2004 [12, 75, 76]²⁴.

Pour l'adolescent déprimé, les thérapies psychodynamiques, systémiques, à médiation corporelle, familiales font effectivement l'objet de moins de publications quant à l'efficacité de leurs actions que les thérapies cognitivo-comportementales²⁵ et interpersonnelles²⁶ [77-79]. Mais c'est surtout l'insuffisance des études d'évaluation du devenir des adolescents déprimés qui

25. Pour des informations sur la prise en charge de la dépression par les thérapies comportementales et cognitives, consultez l'article n°15: «**Dépression, Théories cognitives et prise en charge TCC**», (Dr. M.-C. Mirabel-Sarron), Le Livre Blanc de la Dépression.

26. Thérapie interpersonnelle: cette thérapie se centre sur les relations entre le début des symptômes dépressifs et les problèmes relationnels du présent. De manière générale, la thérapie se focalise sur le contexte social immédiat du patient et cherche à intervenir sur les dysfonctionnements sociaux qui sont associée à la dépression plutôt que sur la personnalité. Dans sa perspective psychodynamique, la thérapie interpersonnelle est étroitement reliée à la perspective des relations d'objet: la compréhension des objets internes s'appuie sur l'analyse des relations interpersonnelles actuelles du patient, incluant la relation avec le thérapeute.

27. Alliance thérapeutique: Une alliance thérapeutique est définie par la qualité de la relation entre le patient et le thérapeute.

28. Voir l'article n°01-1 : «**La dépression chez l'adolescent**» (J. Brunelle et D. Cohen), Le Livre Blanc de la Dépression.

29. Pour des informations sur les interventions pharmacologiques pour la prise en charge de la dépression, consultez les articles 57:
> article n° 21: «**L'identification des rapports bénéfices-risques dans la prescription des antidépresseurs**» (F. Rouillon et H. Verdoux).
> article n° 22: «**Les antidépresseurs dans la vraie vie**» (V. Kovess).
> article n° 28: «**Antidépresseurs et suicide**» (Ph. Courtet, E. Olié), Le Livre Blanc de la Dépression.

domine, en particulier pour une évolution supérieure à 1 an [80].

L'évaluation des effets des psychothérapies évolue vers des voies de recherche qualitative prometteuses visant à identifier les processus efficaces en jeu dans leur interaction avec les caractéristiques individuelles des patients pour définir des abords thérapeutiques individualisés [81]. La qualité de l'alliance thérapeutique²⁷, l'empathie, l'attention aux réactions du patient et, pour les thérapies de groupe, la cohésion seraient des facteurs essentiels à l'effet thérapeutique des psychothérapies de façon générale [82]. Pour la dépression de l'adolescent, Lewis et coll.; ont étudié l'effet de la réceptivité au changement durant 12 semaines. Un lien à la réponse thérapeutique n'est pas démontré quel que soit l'un des trois traitements considérés (thérapie cognitivo-comportementale, fluoxétine ou placebo) mais une des composantes de la réceptivité au changement, la capacité de mise en action est liée à un meilleur pronostic [83].

Les publications des alertes sur l'utilisation des antidépresseurs²⁸ ISRS en 2003 par le Royal College of Medicine anglais et la Food and Drug Administration américaine après recherche des études non publiées, a fait date dans l'histoire de la pharmacologie en pédopsychiatrie. Elles ont suscité de nombreux débats, portant sur les résultats eux-mêmes et la méthodologie utilisée [84], mais aussi sur l'organisation de la recherche en psychopharmacologie et le rôle des firmes pharmaceutiques [85].

La controverse concernant le rapport bénéfice/risque des antidépresseurs a été relancé par plusieurs auteurs qui ont remis en cause l'idée d'un rapport bénéfice-*risque* insuffisant des antidépresseurs sérotoninergiques

chez l'adolescent²⁹ [86, 87]. Plus récemment, Sparks et Duncan ont effectué une revue de la littérature postérieure aux mises en garde internationales dont les résultats confirment le maintien des recommandations internationales sur l'utilisation pédiatrique des antidépresseurs [88]: pas de bénéfice à la prescription en première intention des antidépresseurs ISRS chez l'adolescent et augmentation du risque d'idées et de comportement suicidaires chez le sujet jeune avant 25 ans. Il faut cependant noter la faible représentativité des adolescents inclus dans les essais cliniques du fait de l'exclusion des sujets ayant des idées ou comportements suicidaires et de ceux ayant des caractéristiques psychotiques.

L'identification de biais de publication, le fait que la plupart des molécules à l'exception de la fluoxétine n'ont pas d'AMM chez l'adolescent de moins de 16 ans, ont mis en évidence la nécessité de modifier le cadre légal et les modalités de recherche en psychopharmacologie pédiatrique. Depuis 2007 la législation européenne fait ainsi obligation pour l'industrie pharmaceutique de réaliser des programmes pédiatriques [89]. Disposer d'essais thérapeutiques spécifiques à la population pédiatrique est un enjeu important du fait de profils de tolérance, de sécurité et d'efficacité différents de ceux de l'adulte [90]. Cela pose de nombreuses difficultés méthodologiques mais est essentiel pour pouvoir obtenir des médicaments plus efficaces et plus sûrs dans la dépression de l'adolescent [11, 89].

L'électroconvulsivothérapie³⁰ est citée dans les recommandations de bonnes pratiques comme pouvant être utilisée de façon rare et en dernière option dans les dépressions résistantes de l'adolescent après essai de

30. Voir l'article n°16-1: « Dépression et ECT » (Dr. F. Mouaffac), Le Livre Blanc de la Dépression.

31. Essais contrôlés randomisés : des essais contrôlés randomisés (ECRs) apportent des résultats moyens à partir de la comparaison des résultats de 2 groupes de patients souffrant d'un trouble isolé (ici, une dépression) dont l'un reçoit le traitement dont on veut tester l'efficacité et l'autre un « traitement » absent, réputé non efficace ou dont l'efficacité a déjà démontrée.

32. Voir l'article n°16-2: « Dépression et TMSr » (Dr. R. Richieri), Le Livre Blanc de la Dépression.

33. <http://www.stop-study.com/>

toutes les autres formes de thérapie [5, 91]. La conjonction de plusieurs avis, dont celui d'un professionnel expérimenté dans le traitement des dépressions de l'adolescent, est recommandée. Ces thérapies physiques ne sont pas suffisamment évaluées par des essais randomisés et contrôlés³¹, en particulier à visée comparative [7]. De même l'utilisation de stimulations magnétiques transcrâniennes répétées³², que certains considèrent comme intéressantes pour les dépressions résistantes, ne fait l'objet chez l'adolescent que d'études de cas ou sur des populations de très faible effectif [92, 93]. Enfin des études telles que l'étude TADS

ou TORDIA, plaident pour un traitement combiné association psychothérapies et antidépresseurs. Lorsqu'un antidépresseur est nécessaire, l'adjonction d'une psychothérapie apporterait un gain en termes de rapidité et de stabilité de l'amélioration et surtout diminuerait le risque de passage à l'acte suicidaire [94-96].

Quant aux interventions plus complexes associant psychothérapies, actions psychoéducatives, actions sur l'environnement, dont l'intérêt est souligné par de nombreux cliniciens dans notre pays [4], beaucoup reste à faire pour les évaluer [11].

Qu'en faisons-nous concrètement ?

Ainsi la question de la dépression à l'adolescence est l'objet de multiples controverses qui sont le reflet de l'ampleur de l'effort de recherche à accomplir en ce domaine avec de nombreux obstacles méthodologiques. L'amélioration de l'identification des troubles dépressifs, l'évaluation des différentes ressources thérapeutiques mais aussi le développement d'actions de prévention sont des enjeux majeurs pour assister ces sujets jeunes. Les liens avec la suicidalité sont bien sûr à explorer à cette période [97] et on peut citer sur ce point l'intérêt pour les adolescents de l'étude multicentrique européenne STOP (Suicidality Treatment Occuring in Pediatrics)³³, étude en cours visant à élaborer un

outil d'évaluation en ligne, destiné en particulier à explorer les idées et comportements suicidaires survenant au cours d'un traitement psychothérapeutique ou pharmacologique. Des approches multidisciplinaires, des suivis de cohortes sur de longues durées dans des approches d'épidémiologie biographique (life course epidemiology) pourraient être particulièrement intéressants pour suivre l'évolution et le devenir des manifestations dépressives au fil du développement [98].

Il faut noter que l'élaboration de recommandations françaises sur les manifestations dépressives à l'adolescence est en cours sous l'égide de la Haute Autorité de Santé [99] ■

Références

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **ARNOULT A.**
« La médiatisation des troubles liés à l'adolescence dans la presse quotidienne nationale française (1995-2009) »
Communication. Information médias théories pratiques, 2013 • 31(2).
- Ref. [2] **COSTELLO EJ, EGGER H, ANGOLD A.**
"10-year research update review:the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders:I. Methods and public health burden"
Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2005 • 44(10), 972-986.
- Ref. [3] **THAPAR A, COLLISHAW S, PINE DS, THAPAR AK.**
"Depression in adolescence"
Lancet, 2012 • 17;379(9820):1056-67.
- Ref. [4] **TANDONNET L, BRACONNIER A, MARCELLI D.**
« Dépressions à l'adolescence »
EMC - Psychiatrie, 2013 • 11(1):1-12 [Article 37-214-A-10].
- Ref. [5] **J AM ACAD CHILD ADOLESC PSYCHIATRY**
"American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders"
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2007 • 46:1503-1526
- Ref. [6] **COSTELLO EJ, PINE DS, HAMMEN C, MARCH JS, PLOTSKY PM, WEISSMAN MM, LECKMAN JF**
"Development and natural history of mood disorders"
Biological psychiatry, 2002 • 52(6), 529-542.
- Ref. [7] **CLINICAL PRACTICE GUIDELINES MELBOURNE**
"Beyondblue Depression in adolescents and young adults"
Beyond Blue Ltd, 2011 • <http://www.beyondblue.org.au/resources/health-professionals/clinical-practice-guidelines/adolescents-and-young-adults-guidelines>
- Ref. [8] **TURSZ A.**
« Connaissance de la pathologie mentale de l'enfant : l'apport de l'épidémiologie »
Arch Pediatr, 2001 • 8(2):191-203.
- Ref. [9] **KOVESS-MAFETY V, BECK F, SEVILLA-DEDIEU C, GILBERT F.**
« Consommation de soins et troubles psychiatriques chez les 15-25 ans »
Encephale, 2008 • 34(Suppl. 5):S162-7
- Ref. [10] **CHAN CHEE C, GUIGNON N, DELMAS MC, HERBET JB, GONZALEZ L.**
« Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France »
Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique, 2012 • 60(1), 31-39

- Ref. [11] **PEYRE H, PURPER-OUAKIL D, MOUREN MC.**
« Essais cliniques de psychopharmacologie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent : de la recherche à la pratique clinique »
Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence, 2012 • 60(1), 1-4.
- Ref. [12] **INSERM, (RAPPORT D'EXPERTISE COLLECTIVE).**
« Psychothérapie : trois approches évaluées »
Les éditions Inserm, 2004 • Paris, XII- 553 p.
- Ref. [13] **OMS**
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/fr/
2014.
- Ref. [14] **ANATRELLA T.**
« Les « adulescents » »
Etudes, 2003 • (7), 37-47.
- Ref. [15] **HUERRE P, PAGAN-REYMOND M, REYMOND JM.**
« L'adolescence n'existe pas. Une histoire de la jeunesse »
Paris, 1990 : Odile Jacob, 2002.
- Ref. [16] **NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH.**
<http://www.clinicaltrials.gov/ct2/results?term=depression+adolescent&Search=Search>
2014
- Ref. [17] **GODDINGS AL, MILLS KL, CLASEN LS, GIEDD JN, VINER RM, BLAKEMORE SJ.**
"The influence of puberty on subcortical brain development"
NeuroImage, 2014 • 88, 242-251.
- Ref. [18] **LEBEL C, BEAULIEU C.**
"Longitudinal Development of Human Brain Wiring Continues from Childhood into Adulthood"
The Journal of Neuroscience, 2011 • 31(30), 10937-10947.
- Ref. [19] **GIEDD JN, KESHAVAN M, PAUS T.**
"Why do many psychiatric disorders emerge during adolescence?"
Nature Reviews Neuroscience, 2008.
- Ref. [20] **BLAKEMORE SJ, CHOUDHURY S.**
"Development of the adolescent brain: implications for executive function and social cognition"
Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2006 • 47(3-4), 296-312.
- Ref. [21] **SOWELL ER, THOMPSON PM, HOLMES CJ, JERNIGAN TL, TOGA AW.**
"In vivo evidence for post-adolescent brain maturation in frontal and striatal regions"
Nature Neuroscience, 1999 • 2(10), 859-861.
- Ref. [22] **GEORGIEFF N.**
« L'adolescence à l'épreuve de la neurobiologie ? »
Adolescence, 2013 • (1), 185-190.
- Ref. [23] **STEINBERG L.**
"Cognitive and affective development in adolescence"
Trends in Cognitive Sciences, 2005 • 9(2), 69-74.

- Ref. [24] **BLAKEMORE SJ.**
"Development of the social brain in adolescence"
Journal of the Royal Society of Medicine, 2012 • 105(3), 111-116.
- Ref. [25] **COSTELLO EJ, FOLEY DL, ANGOLD A.**
"10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: II"
Developmental epidemiology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2006 • 45(1):8-25.
- Ref. [26] **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS)**
« CIM-10 Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement »
10^{ème} révision (en deux volumes, Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic, et critères diagnostiques pour la recherche) Paris, 1993 • Masson.
- Ref. [27] **MÂLE P.**
« Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence »
Confront Psychiatriques, 1987 • 29 : 141-159.
- Ref. [28] **FLAMENT MF, COHEN D, CHOQUET M, JEAMMET P, LEDOUX S.**
"Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence"
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2001 • 40(9):1070-8.
- Ref. [29] **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**
« DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux »
Paris, 2003 • Masson 1120.
- Ref. [30] **KESSLER RC, AVENEVOLI S, RIES MERIKANGAS K.**
"Mood disorders in children and adolescents: an epidemiologic perspective"
Biological psychiatry, 2001 • 49(12), 1002-1014.
- Ref. [31] **FERGUSON DM, HORWOOD LJ, RIDDER EM, BEAUTRAIS AL.**
"Subthreshold depression in adolescence and mental health outcomes in adulthood"
Archives of general psychiatry, 2005 • 62(1), 66-72.
- Ref. [32] **RADJACK R, BAUBET T, EL HAGE W, TAIEB O, MORO MR.**
« Peut-on objectiver et éviter les erreurs diagnostiques en situation transculturelle ? »
In Annales Médico-psychologiques, 2012 • revue psychiatrique (Vol. 170, No. 8, pp. 591-595). Elsevier Masson.
- Ref. [33] **EYTAN A.**
« Troubles dépressifs dans un monde globalisé : enjeux pour le diagnostic psychiatrique »
Revue médicale suisse, 2007 • 125, 2096.
- Ref. [34] **MORO MR, BAUBET T.**
« Dépression et autres cultures »
Paris : Edition Pils, 1997.
- Ref. [35] **MARCELLI D, BERTHAUT E.**
« Dépression et tentatives de suicide à l'adolescence »
Paris, 2001 • Masson, 264 p.

- Ref. [36] **DOUNIOL.**
« Diagnostic de la personnalité borderline à l'adolescence »
Revue de littérature, 2003 • Nervure, (mars),1-4.
- Ref. [37] **INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE.**
« Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent »
Paris, 2002 • ed.INSERM.
- Ref. [38] **WITTCHEN HU, KESSLER RC, PFISTER H, HÖFLER M, LIEB R.**
"Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective longitudinal community study"
Acta Psychiatrica Scandinavica, 2000 • 102(s406), 14-23.
- Ref. [39] **ACHENBACH TM, CONNERS CK, QUAY HC, VERHULST FC, HOWELL CT.**
"Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology"
J Abnorm Child Psychol, 1989 • 17 : 299-323.
- Ref. [40] **HALE III WW, RAAIJMAKERS QA, MURIS P, VAN HOOF A, MEEUS WH**
"One factor or two parallel processes? Comorbidity and development of adolescent anxiety and depressive disorder symptoms"
Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2009 • 50(10).
- Ref. [41] **CLARK LA, WATSON D.**
"Distress and fear disorders:an alternative empirically based taxonomy of the 'mood'and 'anxiety'disorders"
The British Journal of Psychiatry, 2006 • 189(6), 481-483.
- Ref. [42] **SELLBOM M, BEN-PORATH YS, BAGBY RM.**
"On the hierarchical structure of mood and anxiety disorders:Confirmatory evidence and elaboration of a model of temperament markers"
Journal of Abnormal Psychology, 2008 • 117(3), 576.
- Ref. [43] **HANKIN BL, FRALEY RC, LAHEY BB, WALDMAN ID.**
"Is depression best viewed as a continuum or discrete category? A taxometric analysis of childhood and adolescent depression in a population-based sample"
Journal of abnormal psychology, 2005 • 114(1), 96.
- Ref. [44] **UHER R, DARREL A. REGIER, WILLIAM E. NARROW, EMILY A. KUHL AND DAVID J. KUPFER (EDS)**
"The Conceptual Evolution of DSM-5"
Journal of Autism and Developmental Disorders, 2012 • 42(1), 143-145.
- Ref. [45] **AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION**
"The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM 5"
BookpointUS, 2013.
- Ref. [46] **BLUMENTHAL-BARBY JS.**
"Psychiatry's new manual (DSM-5):ethical and conceptual dimensions"
Journal of medical ethics, 2013 • medethics.
- Ref. [47] **HILL RM, PETTIT JW, LEWINSOHN PM, SEELEY JR, KLEIN DN.**
"Escalation to Major Depressive Disorder among adolescents with subthreshold depressive symptoms:Evidence of distinct subgroups at risk"
Journal of Affective Disorders, 2014 • 158, 133-138.

- Ref. [48] **VAN ORNUM.**
"Upcoming DSMV and childhood depression, American Mental Health Foundation:<http://americanmentalhealthfoundation.org/2011/07/upcoming-dsm-v-and-childhood-depression/>"
2011.
- Ref. [49] **RUTTER M.**
"Research review:child psychiatric diagnosis and classification:concepts, findings, challenges and potential"
Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2011 • 52(6), 647-660.
- Ref. [50] **KOPLEWICZ HS.**
"More than moody:Recognizing and treating adolescent depression"
New York, 2002 • GP Putnam's Sons,1-2.
- Ref. [51] **STRINGARIS A, ZAVOS H, LEIBENLUFT E, MAUGHAN B, ELEY TC.**
"Adolescent irritability:phenotypic associations and genetic links with depressed mood"
Am J Psychiatry, 2012 • 169(1):47-54.
- Ref. [52] **POZNANSKI E, ZRULL JP.**
"Childhood depression:Clinical characteristics of overtly depressed children"
Archives of General Psychiatry, 1970 • 23(1), 8.
- Ref. [53] **WICHSTRØM LARS, BERG-NIELSEN TURID, SUZANNE ANGOLD, ADRIAN EGGER, HELEN LINK, SOLHEIM ELISABET, SVEEN TRUDE HAMRE.**
"Journal of Child Psychology & Psychiatry"
Vol. 53 Issue 6, 2012 • p695-705.
- Ref. [54] **CARLSON GA.**
« Trouble bipolaire à début précoce : considérations cliniques et de recherche »
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2006 • 54(4), 207-216.
- Ref. [55] **CONSOLI A, COHEN D.**
« Troubles bipolaires à l'adolescence : actualités et controverses »
L'Encéphale, 2007 • 33, 103-109.
- Ref. [56] **PARENS E, JOHNSTON J.**
"Controversies concerning the diagnosis and treatment of bipolar disorder in children"
Child and adolescent psychiatry and mental health, 2010 • 4(9), 1-14.
- Ref. [57] **Wozniak J, Biederman J, Kiely K, Ablon JS, Faraone SV, Mundy E, Mennin D.**
"Mania-like symptoms suggestive of childhood-onset bipolar disorder in clinically referred children"
Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1995 • 34(7), 867-876.
- Ref. [58] **LEIBENLUFT E, CHARNEY DS, TOWBIN KE, BHANGOO RK, PINE DS.**
"Defining clinical phenotypes of juvenile mania"
American Journal of Psychiatry, 2003 • 160(3), 430-437.
- Ref. [59] **ZIMMERMAN M.**
"Would broadening the diagnostic criteria for bipolar disorder do more harm than good? Implications from longitudinal studies of subthreshold conditions"
The Journal of clinical psychiatry, 2012 • 73(4), 437-443.

- Ref. [60] **COHEN D, GUILÉ JM, BRUNELLE J, BODEAU N, LOUËT E, LUCANTO R, CONSOLI A.**
« Troubles bipolaires de type I de l'adolescent : controverses et devenir à l'âge adulte »
L'Encéphale, 2009 • 35, S224-S230.
- Ref. [61] **CHILAKAMARRI JK, FILKOWSKI MM, GHAEMI SN.**
"Misdiagnosis of bipolar disorder in children and adolescents:A comparison with ADHD and major depressive disorder"
Ann Clin Psychiatry, 2011 • 23(1), 25-29.
- Ref. [62] **BAILLY D.**
« Le trouble bipolaire existe-t-il chez l'enfant et l'adolescent ? »
L'Encéphale, 2006 • 32(4), 501-505.
- Ref. [63] **HARRIS J.**
"Child & Adolescent Psychiatry:The Increased Diagnosis of Juvenile Bipolar Disorder:What Are We Treating?"
Psychiatric Services, 2005 • 56(5), 529-531.
- Ref. [64] **MORENO C, LAJE G, BLANCO C ET AL.**
"National trends in the outpatient diagnosis and treatment of bipolar disorder in youth"
Arch. Gen. Psychiatry, 2007 • 64:1032-1039.
- Ref. [65] **GELLER B, LUBY J.**
"Child and adolescent bipolar disorder:a review of the past 10 years"
Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1997 • 36(9), 1168-1176.
- Ref. [66] **COPELAND WE, ANGOLD A, COSTELLO EJ, EGGER H.**
"Prevalence, comorbidity, and correlates of DSM-5 proposed disruptive mood dysregulation disorder"
American Journal of Psychiatry, 2013 • 170(2), 173-179.
- Ref. [67] **LEIBENLUFT E, COHEN P, GORRINDO T ET AL.**
"Chronic vs. episodic irritability in youth:a community-based, longitudinal study of clinical and diagnostic associations"
J Child Adolesc Psychopharmacol, 2006 • 16:456-66.
- Ref. [68] **STRINGARIS A, COHEN P, PINE D, LEIBENLUFT E.**
"Adult outcomes of youth irritability:a 20-year prospective community-based study"
American Journal of Psychiatry, 2009 • 166(9), 1048-1054.
- Ref. [69] **BROTMAN MA, SCHMAJUK M, RICH BA, DICKSTEIN DP, GUYER AE, COSTELLO EJ, LEIBENLUFT E.**
"Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children"
Biological psychiatry, 2006 • 60(9), 991-997.
- Ref. [70] **AXELSON DA, BIRMAHER B, FINDLING RL, FRISTAD MA, KOWATCH RA, YOUNGSTROM EA, DILERN RS.**
"Concerns regarding the inclusion of temper dysregulation disorder with dysphoria in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders"
The Journal of clinical psychiatry, 2011 • 72(9), 1257.

- Ref. [71] **STRINGARIS A.**
"Irritability in children and adolescents:a challenge for DSM-5"
European child & adolescent psychiatry, 2011 • 20(2), 61-66.
- Ref. [72] **JORM AF, CHRISTENSEN H, GRIFFITHS KM.**
"Changes in depression awareness and attitudes in Australia:the impact of beyondblue:the national depression initiative"
Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2006 • 40(1), 42-46.
- Ref. [73] **INPES**
« La dépression en France : enquête Anadep 2005 »
2009.
- Ref. [74] **LA GRECA AM, SILVERMAN WK, LOCHMAN JE.**
"Moving beyond efficacy and effectiveness in child and adolescent intervention research"
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2009 • 77(3), 373.
- Ref. [75] **THURIN JM.**
« Expertise collective Inserm sur les psychothérapies, contexte, déroulement, enseignements et perspectives »
Cliniques méditerranéennes, 2005 • (1), 19-40.
- Ref. [76] **CIALDELLA P.**
Réponse à Perron et al. concernant leur texte : « Quelques remarques méthodologiques à propos du rapport Inserm< i> Psychothérapie. Trois approches évaluées</i> »
L'Encéphale, 2007 • 33(5), 783-790.
- Ref. [77] **WEISZ JR, SOUTHAM-GEROW MA, GORDIS EB, CONNOR-SMITH JK, CHU BC, LANGER DA, WEISS B.**
"Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression:An initial test of transportability to community clinics and clinicians"
Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2009 • 77(3), 383.
- Ref. [78] **MIDGLEY N, KENNEDY E.**
"Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents:a critical review of the evidence base"
Journal of Child Psychotherapy, 2011 • 37(3), 232-260.
- Ref. [79] **DAVID-FERDON C, KASLOW NJ.**
"Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent depression"
Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2008 • 37(1), 62-104.
- Ref. [80] **WEISZ JR, MCCARTY CA, VALERI SM.**
"Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents:a meta-analysis"
Psychological bulletin, 2006 • 132(1), 132.
- Ref. [81] **THURIN JM.**
« Évaluation des effets des psychothérapies »
Encyclopédie Médico-Chirurgicale, 2009.
- Ref. [82] **NORCROSS JC, WAMPOLD BE.**
"Evidence-based therapy relationships:research conclusions and clinical practices"
Psychotherapy, 2011 • 48(1), 98.

- Ref. [83] **LEWIS CC, SIMONS AD, SILVA SG, ROHDE P, SMALL DM, MURAKAMI JL, MARCH JS.**
"The role of readiness to change in response to treatment of adolescent depression"
Journal of consulting and clinical psychology, 2009 • 77(3), 422.
- Ref. [84] **DENIAU E, COHEN D.**
« Les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent »
Revue des controverses récentes, 2007 • PSN, 5(2), 109-116.
- Ref. [85] **WHITTINGTON CJ, KENDALL T, FONAGY P, COTTRELL D, COTGROVE A, BODDINGTON E.**
"Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression:systematic review of published versus unpublished data"
The Lancet, 2004 • 363(9418), 1341-1345.
- Ref. [86] **GIBBONS RD, BROWN CH, HUR K, DAVIS JM, MANN JJ.**
"Suicidal thoughts and behavior with antidepressant treatment:reanalysis of the randomized placebo-controlled studies of fluoxetine and venlafaxine"
Archives of general psychiatry, 2012 • 69(6), 580-587.
- Ref. [87] **GIBBONS RD, HUR K, BROWN CH, DAVIS JM, MANN JJ.**
"Benefits from antidepressants:synthesis of 6-week patient-level outcomes from double-blind placebo-controlled randomized trials of fluoxetine and venlafaxine"
Archives of general psychiatry, 2012 • 69(6), 572-579.
- Ref. [88] **SPARKS JA, DUNCAN BL.**
"Outside the Black Box:Re-assessing Pediatric Antidepressant Prescription"
Journal of the Canadian Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2013 • 22(3).
- Ref. [89] **AUBY P.**
« Nouveaux enjeux de la recherche clinique en psychopharmacologie chez l'enfant et l'adolescent »
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2012 • 60(1), 62-68.
- Ref. [90] **PURPER-OUAKIL D, COHEN D, FLAMENT MF.**
« Les antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent : mise au point des données d'efficacité et de tolérance »
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 2012 • 60(1), 20-29.
- Ref. [91] **NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR MENTAL HEALTH DEPRESSION IN CHILDREN AND YOUNG PEOPLE.**
"Identification and management in primary, community and secondary care"
Clinical guideline 28 London:NICE, 2005.
- Ref. [92] **MAALOUF FT, ATWI M, BRENT DA.**
"Treatment resistant depression in adolescents:review and updates on clinical management"
Depression and anxiety, 2011 • 28(11), 946-954.
- Ref. [93] **MAYER G, AVIRAM S, WALTER G, LEVKOVITZ Y, BLOCH Y.**
"Long-term follow-up of adolescents with resistant depression treated with repetitive transcranial magnetic stimulation"
The journal of ECT, 2012 • 28(2), 84-86.

- Ref. [94] **REINECKE MA, CURRY JF, MARCH JS.**
"Findings from the Treatment for Adolescents with Depression Study (TADS): what have we learned? What do we need to know?"
J Clin Child Adolesc Psychol, 2009 • 38:761-767.
- Ref. [95] **CURRY J, SILVA S, ROHDE P, GINSBURG G, KRATOCHVIL C, SIMONS A, ET AL.**
"Recovery and recurrence following treatment for adolescent major depression"
Arch Gen Psychiatry, 2011 • 68:263-269.
- Ref. [96] **COX GR, CALLAHAN P, CHURCHILL R, HUNT V, MERRY SN, PARKER AG, ET AL.**
"Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents"
Cochrane Database Syst Rev, 2012.
- Ref. [97] **GOLDSTON DB, DANIEL SS, ERKANLI A, REBOUSSIN BA, MAYFIELD A, FRAZIER PH, ET AL.**
"Psychiatric diagnoses as contemporaneous risk factors for suicide attempts among adolescents and young adults: developmental changes"
J Consult Clin Psychol, 2009 • 77:281-290.
- Ref. [98] **COLMAN I, ATAULLAHJAN A.**
"Life course perspectives on the epidemiology of depression"
Canadian journal of psychiatry, 2010 • 55(10), 622-632.
- Ref. [99] **HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.**
Recommandations de bonne pratique, Dépression de l'adolescent : repérage, diagnostic et prise en charge initiale, note de cadrage : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/note_cadrage_dep_ado_mel.pdf
2011.

AUTRES LIENS UTILES

- Haute Autorité de Santé, (2011), Recommandations de bonne pratique, Dépression de l'adolescent : repérage, diagnostic et prise en charge initiale, note de cadrage : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/note_cadrage_dep_ado_mel.pdf
- National Institute for health and Care Excellence (2013) : Depression in children and young people : Identification and management in primary, community and secondary care : <http://www.nice.org.uk/guidance/cg28>
- Beyond Blue Ltd (2011) Beyondblue Depression in adolescents and young adults. Clinical practice guidelines Melbourne : <http://www.beyondblue.org.au/resources/health-professionals/clinical-practice-guidelines/adolescents-and-young-adults-guidelines>
- Agency for Healthcare Research and Quality (2009) Clinical practice guideline on major depression in childhood and adolescence : <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=25659>
- [France Dépression](#)
- [SOS Dépression](#)
- [Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie \(FNAPSY\)](#)
- [Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques \(UNAFAM\)](#)

Biographies



Pierre RAYSSE

Praticien Hospitalier, pédopsychiatre au CHRU de Montpellier ; Docteur en psychologie du développement (Université Montpellier III)



Diane PURPER-OUAKIL

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, Université Montpellier I et CHRU de Montpellier, associée au laboratoire INSERM U 894 « Analyse phénotypique, développementale et génétique des comportements addictifs » dirigé par le Professeur P. Gorwood, Equipe 1 du Centre Psychiatrie et Neurosciences III)

THÈMES DE RECHERCHE

Pierre RAYSSE : Troubles du développement, Troubles émotionnels et de l'humeur, Qualité de vie (de l'enfant et des parents)

Diane PURPER-OUAKIL : Trouble Déficit d'Attention/Hyperactivité et troubles apparentés (aspects cliniques, diagnostiques et thérapeutiques), Psychopharmacologie des troubles externalisés et internalisés. Participation à des études collaboratives internationales concernant le traitement du trouble des conduites (www.pers-project.com), le développement des mesures de suicidalité en population pédiatrique (www.stop-study.com), les trajectoires thérapeutiques de l'enfance à l'âge adulte, les corrélats neuropsychologiques et biologiques du trouble des conduites.

COORDINATION SCIENTIFIQUE

Galina IAKIMOVA, chargée de mission pour la Fondation Pierre Deniker, Paris ; Maître de conférences de psychologie à l'Université de Nice-Sophia Antipolis.

DÉCLARATIONS DE CONFLIT D'INTÉRÊT

Aucun.



FONDATION
Pierre Deniker
.....
POUR LA RECHERCHE & LA PRÉVENTION EN
SANTÉ MENTALE