

# LA DÉPRESSION CHEZ L'ENFANT

---

Recherche menée par

**Julie BRUNELLE** et **David COHEN**

Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Pitié-Salpêtrière, PARIS



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

# La dépression chez l'enfant

La dépression chez l'enfant est une entité clinique rare mais dont les conséquences peuvent être graves sur le fonctionnement global de l'enfant sur le plan de sa socialisation, de son inscription dans les apprentissages, de l'investissement de son corps et de son narcissisme qu'en terme de santé mentale future. Dans cet article, le Dr. Julie Brunelle et le Pr. David Cohen présentent les caractéristiques de la dépression chez l'enfant et le cortège de troubles qui peut y être associé (troubles oppositionnels, hyperactivité, trouble des conduites), souvent responsables d'errances diagnostiques. La reconnaissance de la souffrance chez l'enfant doit intégrer une perspective développementale et psychopathologique et mobiliser des stratégies multiples de prises en charge.

## SOMMAIRE

<b>De quels résultats communément admis disposons-nous ?</b>	p.3
<b>Comment les obtenons-nous ?</b>	p.6
<b>Qu'en tirons-nous comme connaissances ?</b>	p.7
<b>Qu'en faisons-nous concrètement ?</b>	p.8
<b>Références</b>	p.9
<b>Biographies</b>	p.12

**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 9).

## De quels résultats communément admis disposons-nous ?

**1.** 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.

**2. 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**

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

**4. 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.

**5. 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).

**6.** 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

**7. Asthénie**: L'asthénie est le terme médical utilisé pour signifier une fatigue physique.

La dépression de l'enfant est une entité clinique dorénavant reconnue, même si sa prévalence est moins élevée que chez l'adolescent ou l'adulte. Ce consensus est lié à l'existence de similarités cliniques avec l'épisode dépressif majeur (EDM) de l'adolescent et de l'adulte<sup>1</sup>, cependant nombre de particularités liées à l'âge continuent d'interroger sur le fait que ces troubles partageraient ou non des mécanismes sous-jacents communs [1].

### EPIDÉMIOLOGIE<sup>2</sup>

La prévalence<sup>3</sup> de la dépression unipolaire est relativement faible avant la puberté. Elle est évaluée entre 1 et 2 % dans la population générale dans la tranche 0 à 10 ans [2]. Celle-ci augmente avec l'âge. Le sex-ratio est de 1 contrairement à l'EDM de l'adolescent où il est de deux filles pour un garçon.

Ce taux est obtenu en appliquant les critères diagnostiques du DSM IV<sup>4</sup> de l'Episode Dépressif Majeur, établis initialement pour l'adulte, mais dont l'applicabilité à l'enfant, tout comme à l'adolescent, est reconnue moyennant quelques précisions notifiées dans la classification.

La fréquence des troubles comorbides<sup>5</sup> est élevée chez l'enfant. Environ 2/3 des enfants déprimés présentent au moins un trouble comorbide et plus de 10 % d'entre eux en présentent deux ou plus [3].

Le suicide chez l'enfant est un phénomène rare. Même si les taux varient beaucoup selon les pays, le taux moyen de suicide pour la tranche 5-14 ans sont évalués au niveau

international à 0.5 pour 100 000 chez la fille et 0.9 pour 100 000 chez le garçon [4].

### PHÉNOMÉNOLOGIE

L'épisode dépressif de l'enfant peut se présenter sous les traits communs de la dépression de l'adulte<sup>6</sup>: tristesse, ralentissement psychomoteur, asthénie<sup>7</sup>, perte d'intérêt, perte de l'estime de soi, idées de culpabilité, troubles de la concentration et de l'attention. Concernant certains symptômes comme la perte de l'estime de soi par exemple, leur expression est évidemment fonction de l'âge: on peut fréquemment entendre des expressions comme « je suis nul » ou « mes parents ne m'aiment pas... ». Des idées de suicide ou de mort peuvent également être exprimées. Par ailleurs, l'anxiété peut être au premier plan associant fébrilité, agitation stérile, peurs multiples et plaintes fonctionnelles.

Les plaintes directement somatiques (douleurs abdominales, céphalées) peuvent être au premier plan du tableau et ce d'autant plus que l'enfant est jeune. Des troubles du sommeil et du comportement alimentaire sont très fréquemment rapportés par les parents (ex. opposition au coucher, cauchemars et peurs, manifestations d'une anxiété; anorexie avec stagnations pondérales chez le petit enfant, boulimie et grignotage chez le grand enfant).

C'est leur conjonction, leur caractère durable et la rupture avec le fonctionnement antérieur qu'ils procurent qui doivent alerter. Cependant le tableau est souvent protéi-

**8. Protéiforme:** Qui est susceptible de prendre les formes les plus différentes.

**9. TDAH:** Trouble déficit d'attention Hyperactivité.

**10. TOP:** Trouble oppositionnel

**11. Harcèlement**

forme<sup>8</sup>, ce qui peut retarder le diagnostic : aux périodes d'inertie voire de repli peuvent succéder par exemple des moments d'agitation. Par ailleurs, la prévalence de comorbidités ainsi que le recouvrement de symptômes communs à la dépression et à d'autres entités nosographiques comme le TDAH<sup>9</sup>, le TOP<sup>10</sup> ou le trouble des conduites sont fréquents chez l'enfant [2, 5]. Etant donnée la fréquence élevée des troubles oppositionnels associés à la dépression chez l'enfant d'âge préscolaire, puis de la comorbidité TDHA-dépression pour les enfants d'âge scolaire, certains auteurs considèrent plus la dépression de l'enfant comme un indice d'une dysrégulation émotionnelle globale que comme un équivalent de la dépression de l'adulte [2].

## FACTEURS DE RISQUES

### Individuels

La part des facteurs innés dans le risque de dépression de l'enfant est considérée comme moindre que chez l'adulte et l'adolescent [6]. Selon certains auteurs, plus qu'une vulnérabilité génétique isolée, des interactions gène-environnement seraient à l'œuvre dans le risque de dépression, chez l'enfant également [7].

Dans l'étude prospective de Jaffe et al. (2002) [8] où une cohorte de jumeaux est suivie de la naissance à l'âge de 26 ans, sont rapportés plus d'antécédents périnataux, de déficits moteurs, de troubles du comportement et de troubles émotionnels chez les sujets présentant une dépression précoce que chez ceux présentant une dépression d'apparition plus tardive, c'est à dire à l'âge adulte.

De manière plus réactionnelle, la dépression de l'enfant peut s'inscrire dans le cadre d'une maladie somatique chronique, de malforma-

tion même mineure, d'un trouble spécifique des apprentissages non reconnu.

### Environnementaux

Bien plus que chez l'adulte, chez l'enfant, les facteurs psychosociaux jouent un rôle prépondérant dans le risque de dépression, comme le montre encore l'étude de Jaffe et al. (2002) [8]. Dans ce suivi prospectif, les facteurs de risque de la dépression juvénile sont différents de ceux retrouvés dans la dépression débutant à l'âge adulte. Pour la dépression juvénile, sont rapportées plus fréquemment des histoires de rupture et d'instabilité dans la fonction parentale, de criminalité et de psychopathie dans la famille d'origine. De même, les antécédents de dépression chez les parents et la mère en particulier peuvent intervenir via des effets carenciels mais aussi par des mécanismes identificatoires. Les négligences et maltraitements sont depuis longtemps reconnues comme des facteurs de risque robustes de dépression chez l'enfant. Les situations de bullying<sup>11</sup> également sont de plus en plus identifiées comme étant associées à des dépressions, même chez l'enfant [9].

Il faut noter que plus que l'effet d'un événement stressant isolé, c'est la répétition de celui-ci qui a un fort impact en termes de dépression [9].

## TRAITEMENTS

### Psychothérapeutiques

Les traitements psychothérapeutiques sont connus pour être efficaces dans la dépression juvénile. Depuis la fin des années 90 et le début des années 2000, plusieurs études l'ont montré mais elles concernent essentiellement l'adolescent. Chez l'enfant, Muratori et al. (2003) [12] ont mis en évidence

**12. Un placebo** est une préparation dépourvue de tout principe actif, utilisée à la place d'un médicament pour son effet psychologique. En effet, le simple fait de se voir prescrire un médicament, et de l'utiliser, peut produire des effets thérapeutiques, indépendamment de l'action pharmacologique du produit sur l'organisme. C'est ce que l'on appelle «l'effet placebo».

l'efficacité de la thérapie psychodynamique. Récemment, dans une étude de Lenze et al., (2010) [13], une technique de thérapie parent-enfant chez de très jeunes enfants déprimés a été évaluée dans un essai ouvert avec des résultats encourageants en terme d'intensité des symptômes et de fonctionnement global.

Au-delà des études visant à montrer l'efficacité de telle ou telle technique psychothérapeutique, le traitement de la dépression chez l'enfant implique l'identification et la prise en charge d'éventuels facteurs étiopathologiques sous-jacents. De manière non exhaustive, nous pourrions citer les troubles instrumentaux et les troubles attentionnels entraînant un échec scolaire,

un trouble envahissant du développement, un trouble anxieux, et dans une dimension des dysfonctionnements familiaux, voire une maltraitance.

### Médicamenteux

Dans la littérature, les études médicalementes randomisées versus placebo<sup>12</sup> distinguent rarement enfants prépubères et adolescents. Elles ne concernent pas les enfants de moins de 6 ans. Les résultats résumés sont présentés dans le Tableau n°1 ci-dessous. Tout comme chez l'adolescent, ils mettent en évidence que seule la fluoxétine montre une supériorité, mais modeste, versus placebo dans le traitement aigu de la dépression.

**Tableau n°1  
(ci-contre)**

Essais cliniques randomisés, en double-insu et contrôlés versus placebo des antidépresseurs de nouvelle génération dans l'épisode dépressif majeur de l'enfant et de l'adolescent.

### Légende:

Flx: Fluoxétine  
CBT: Cognitive Behavior therapy  
Ven: Venlafaxine  
Par: Paroxétine  
Ser: Sertraline  
Cit: Citalopram  
Esc: Escitalopram  
NS: Non significatif

Auteurs	Sujets (enfants, ado)	Durée (semaines)	Produit (posologie, mg)	Efficacité (% de répondeurs)
Emslie 1997	96 (E+A)	5	Flx 20	Flx 56 % vs Pla 33 % (p=.02)
Mandoki 1997	40 (E+A)	6	Ven (37.5-75)	NS
Milin 2000	286 (A)	12	Par	NS
Wagner 2003	376 (E+A)	10	Ser (50-200)	Ser 63 % vs Pla 53 % (p=.05)
TADS-March 2004	439 (A)	12	Flx vs CBT Flx+CBT vs Pla	Flx 60.6 % vs Pla 34.8 % (p=.02)
Wagner 2004	174 (E+A)	8	Cit (20-40)	NS
Emslie 2006	206 (E+A)	8	Par (10-50)	NS
Von Knorring 2006	244 (A)	12	Cit	NS
Emslie 2007	335 (E+A)	8	Ven	NS
Wagner 2006	264 (E+A)	8	Esc (10-40)	NS
Emslie 2009	307 (A)	8	Esc (10-20)	Esc > Pla (p=.02)

**13. 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)**.

**14. 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.

Dans les troubles internalisés de l'adolescent, les taux de la réponse placebo sont élevés. L'effet placebo est plus important dans la dépression que dans les troubles anxieux<sup>13</sup>, ce qui pose problème pour mettre en évidence le bénéfice thérapeutique des antidépresseurs dans ce trouble [10]. Selon certains auteurs, il semble que l'âge soit un des prédicteurs de l'effet placebo. En effet, l'effet placebo dans les essais médicamenteux avec la fluoxétine est plus important chez l'enfant que chez l'adolescent [11]. Ceci n'est pas retrouvé dans la méta-analyse<sup>14</sup> incluant tout type de traitement antidépresseur [10].

### Profil évolutif

La morbidité du trouble dépressif de l'enfant est forte. La dépression peut avoir une incidence tout à fait péjorative sur le fonctionnement global de l'enfant tant sur le plan de sa socialisation, de son inscription dans les apprentissages, de l'investissement de son corps et de son narcissisme qu'en terme de santé mentale future.

Une des questions posée dans la littérature est celle du type de continuum entre dépression de l'enfant et dépression de l'adulte. Les études prospectives jusqu'à l'âge adulte

restent rares. En fonction des études, sont rapportés des arguments en faveur soit d'une continuité homotypique, c'est-à-dire de la persistance du même trouble avec des manifestations communes au fil du développement, soit d'une continuité hétérotypique, c'est-à-dire d'un processus développemental par lequel le trouble initial serait un facteur de risque pour un autre trouble.

En faveur d'une continuité homotypique, des études incluant des enfants d'âge préscolaires mettent en évidence un risque continu de dépression entre l'âge d'inclusion et les premières années de scolarité [14].

A contrario, à plus long terme, les rares études de suivi ne trouvent pas ou peu de risque accru de dépression à l'âge adulte [15, 16]. En revanche, selon certains, une dépression précoce dans l'enfance serait un facteur de risque de troubles des conduites, de consommation de toxique et de tentatives de suicide à l'âge adulte [17].

En faveur d'une continuité hétérotypique, certains auteurs soulignent que la séquence temporelle entre trouble anxieux et dépression est différente chez l'enfant et chez l'adolescent : chez l'enfant, l'anxiété précède la dépression, tandis que chez l'adolescent le lien temporel peut se faire dans les deux sens [18, 19].

## Comment les obtenons-nous ?

Les résultats présentés ci-dessous sont obtenus à partir de la littérature nationale et internationale accessibles dans PsychInfo et Pubmed avec les mots clés

« depression, prepubertal, phenomenology, treatment ». Concernant les traitements, seules les méta-analyses et les essais randomisés versus placebo ont été retenus.

La principale limitation méthodologique de ces essais médicamenteux est le fait qu'ils regroupent systématiquement enfants prépubères et adolescents.

## Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

La dépression chez l'enfant est une entité clinique rare mais dont les conséquences peuvent être tout à fait péjoratives sur le développement de l'enfant. La reconnaissance de ce trouble doit intégrer une perspective développementale et psychopathologique (Cf. Tableau n°1). Mais la présence importante de comorbidités telles que le TOP, le THADA, ou le TC<sup>15</sup>, peut conduire à une errance diagnostique. Il faut évaluer les déterminants internes de l'enfant, les facteurs psychosociaux, familiaux, toujours majeurs dans la dépression de l'enfant, et penser la mise en relation entre ces dimensions. Le Tableau n°2 ci-dessous résume très schématiquement les principales hypothèses psychopathologiques selon des perspectives cognitive, systémique et psychanalytique. Le traitement de première intention est psychothérapeutique. Les antidépresseurs ne sont à considérer que dans un second temps, dans certains cas, sévères, résistants, avec une surveillance tout à fait rapprochée. La prise en charge de la famille et de la relation parent-enfant est indispensable.

Tableau n°2  
(ci-contre)

Principales théories psychologiques de la dépression de l'enfant et de l'adolescent.

Théorie psychoanalytique	Théorie cognitive	Théorie familiale et systémique
<p>Les adversités et événements de vie stressants sont associés à une vulnérabilité à la dépression liée à une piètre constitution des objets internes et des fondations narcissiques du moi. Quand une expérience de perte (de l'objet aimé ou de son autonomie) survient, ou quand il existe une distance trop grande entre le moi actuel ou l'idéal du moi, cela peut précipiter une dépression chez l'enfant.</p>	<p>La dépression survient quand des événements de vie impliquant une expérience de perte réactive des schèmes cognitifs négatifs constitués dans la première enfance. Ces schémas provoquent des pensées automatiques négatives et des distorsions cognitives comme une mauvaise estime de soi, une faible croyance dans un avenir et une piètre confiance dans le genre humain, qui participent au maintien de l'humeur dépressive.</p>	<p>La dépression survient quand la structure et le fonctionnement de la famille empêche l'enfant d'accéder aux tâches développementales liées à son âge en particulier du fait d'une incapacité à répondre aux besoins de l'enfant (discord parentale, divorce, abus et maltraitance, critique et autorité parentales excessives, humiliation...).</p>

## Qu'en faisons-nous concrètement ?

16. 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.

La prévention est le premier travail et vise à privilégier la relation parents-enfant ainsi que la continuité et la qualité des liens et des conditions du développement.

La consultation comme reconnaissance de la dépression et de la souffrance dans une perspective développementale porte en elle-même une valeur thérapeutique, ce que nous montre l'importance de l'effet placebo dans les études chez l'enfant. Les parents amenés à se mobiliser différemment trouvent souvent eux-mêmes ou, grâce à des thérapies parents-enfants plus formalisées, des réponses sous forme d'une meilleure attention et adéquation aux besoins de l'enfant. Néanmoins, les situations de déni des troubles, de rigidité éducative ou d'absence de mobilisation menacent parfois l'organisation de l'enfant et appellent des soins plus importants comme parfois l'hospitalisation. La psychothérapie<sup>16</sup>, quel que soit l'abord technique privilégié, est la pierre angulaire du traitement de l'enfant déprimé. Dans le cas de dépression secondaire, la prise en charge du trouble primaire qu'il soit somatique, instrumental, ou psychiatrique est indispensable. De même, des interventions sont parfois nécessaires sur le plan psychosocial. Le traitement médicamenteux par ISRS à

posologie correcte et contrôlée s'emploie en seconde intention, il ne doit jamais se faire dans l'urgence. Il est toujours associé à un traitement psychothérapeutique et doit être réservé aux formes graves et résistantes avec une surveillance accrue en début de traitement du fait du risque légèrement élevé de suicidalité. Donner un traitement est un acte thérapeutique en soi qui s'inscrit dans le cadre d'une relation à l'enfant et à la famille. Pour un enfant, une prescription peut prendre tous les registres signifiants : vécue comme persécutante, intrusive ou au contraire comme l'incarnation de la relation de dépendance au prescripteur, devenant même parfois un véritable objet transitionnel pour l'enfant. De même pour la famille, un traitement peut être l'incarnation de la maladie, s'accompagnant d'une blessure narcissique et d'un deuil de l'enfant idéal. Le prescripteur doit accompagner ces mouvements psychiques et tenter de les prévenir.

Les indications d'hospitalisation sont rares mais concernent les cas où il existe un risque suicidaire, les cas sévères, les situations où le contexte familial est peu fiable, et peuvent parfois conduire à des recommandations de placement familial ou d'internat. ■



## Références

### RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **KAUFMAN J, MARTIN A, KING RA, CHARNEY D.**  
"Are child-, adolescent-, and adult-onset depression one and the same disorder?"  
Biol Psychiatry, 2001 • 49:980-1001.
- Ref. [2] **EGGER HL, ANGOLD A.**  
"Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology"  
J Child Psychol Psychiatry, 2006 Mar-Apr • 47(3-4):313-37.
- Ref. [3] **FORD T, GOODMAN R, MELTZER H.**  
"The British Child and Adolescent Mental Health Survey 1999: the prevalence of DSM-IV disorders"  
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003 Oct • 42(10):1203-11.
- Ref. [4] **PELKONEN M, MARTTUNEN M.**  
"Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention"  
Paediatr Drugs, 2003 • 5(4):243-65.
- Ref. [5] **WICHSTRØM L, BERG-NIELSEN TS, ANGOLD A, EGGER HL, SOLHEIM E, SVEEN TH.**  
"Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers"  
J Child Psychol Psychiatry, 2012 Jun • 53(6):695-705.
- Ref. [6] **THAPAR A, RICE F.**  
"Twin studies in pediatric depression"  
Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2006 Oct • 15(4):869-81.
- Ref. [7] **O'CONNOR TG, CASPI A, DEFRIES JC, PLOMIN R.**  
"Genotype-environment interaction in children's adjustment to parental separation"  
J Child Psychol Psychiatry, 2003 Sep • 44(6):849-56.
- Ref. [8] **JAFFEE SR, MOFFITT TE, CASPI A, FOMBONNE E, POULTON R, MARTIN**  
"Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression"  
JArch Gen Psychiatry, 2002 Mar • 59(3):215-22.
- Ref. [9] **THAPAR A, COLLISHAW S, PINE DS, THAPAR AK**  
"Depression in adolescence"  
Lancet, 2012 Mar 17 • 379(9820):1056-67.
- Ref. [10] **COHEN D, CONSOLI A, BODEAU N, PURPER-OUAKIL D, DENIAU E, GUILÉ JM, DONNELLY C**  
"Predictors of placebo response in randomized controlled trials of psychotropic drugs for children and adolescents with internalizing disorders"  
Child Adolesc Psychopharmacol, 2010 Feb • 20(1):39-47.

- Ref. [11] **MAYES TL, TAO R, RINTELMANN JW, CARMODY T, HUGHES CW, KENNARD BD, STEWART SM, EMSLIE GJ**  
"Do children and adolescents have differential response rates in placebo-controlled trials of fluoxetine?"  
CNS Spectr, 2007 Feb • 12(2):147-54.
- Ref. [12] **MURATORI F, PICCHI L, BRUNI G, PATARNELLO M, ROMAGNOLI G**  
"A two-year follow-up of psychodynamic psychotherapy for internalizing disorders in children"  
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2003 Mar • 42(3):331-9.
- Ref. [13] **LENZE SN, PAUTSCH J, LUBY J**  
"Parent-child interaction therapy emotion development: a novel treatment for depression in preschool children"  
Depress Anxiety, 2011 Feb • 28(2):153-9.
- Ref. [14] **LUBY JL**  
Preschool Depression: The Importance of Identification of Depression Early in Development  
Curr Dir Psychol Sci, 2010 May 10 • 19(2):91-95.
- Ref. [15] **HARRINGTON R, FUDGE H, RUTTER M, PICKLES A, HILL J**  
"Adult outcomes of childhood and adolescent depression"  
I. Psychiatric status. Arch Gen Psychiatry, 1990 May • 47(5):465-73.
- Ref. [16] **COPELAND WE, SHANAHAN L, COSTELLO EJ, ANGOLD A.**  
Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders  
Arch Gen Psychiatry, 2009 Jul • 66(7):764-72.
- Ref. [17] **WEISSMAN MM, WOLK S, WICKRAMARATNE P, GOLDSTEIN RB, ADAMS P, GREENWALD S, RYAN ND, DAHL RE, STEINBERG D**  
"Children with prepubertal-onset major depressive disorder and anxiety grown up"  
Arch Gen Psychiatry, 1999 Sep • 56(9):794-801.
- Ref. [18] **KESSLER RC, WITTCHEN HU**  
"Anxiety and depression: the impact of shared characteristics on diagnosis and treatment"  
Introduction. Acta Psychiatr Scand Suppl, 2000 • (406):5-6.
- Ref. [19] **MOFFITT TE, HARRINGTON H, CASPI A, KIM-COHEN J, GOLDBERG D, GREGORY AM, POULTON R**  
"Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years  
Arch Gen Psychiatry, 2007 Jun • 64(6):651-60.

## REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

### ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR PUBMED

- Avec les mots-clés : [Pediatric depression & treatment](#)

### ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR GOOGLE SCHOLAR

- Avec les mots-clés : [Pediatric depression & treatment](#)

## AUTRES LIENS UTILES

- Les troubles dépressifs chez l'enfant : conférence de consensus 1995
- Société française de pédiatrie (dépression)
- Haute Autorité de Santé : Communiqué de Presse, 16 décembre 2014 : « Dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ? » : [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1795182/fr/depression-de-l-adolescent-comment-reperer-et-prendre-en-charge](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795182/fr/depression-de-l-adolescent-comment-reperer-et-prendre-en-charge)
- 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



### Julie BRUNELLE

Praticien hospitalier, service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.

.....



### David COHEN

Professeur des Universités, Praticien hospitalier, service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris.

<http://speapsl.aphp.fr/diverdocs/bioDC.pdf>

.....

## THÈMES DE RECHERCHE

**Julie BRUNELLE:** Praticien hospitalier, Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent du Pr. Cohen, Groupe hospitalier Pitié Salpêtrière-Charles Foix. Elle supervise deux unités d'hospitalisation pour adolescents entre 12 et 18 ans et effectue des consultations pour adolescents au Centre Médico-Psychologique du 12<sup>ème</sup> arrondissement de Paris.

Activités de Recherche: Participation à l'étude ADODEP, protocole d'imagerie cérébrale chez les adolescents déprimés et à étude comparative entre des adolescents avec un Trouble du Spectre Autistique et de Dystrophie Myotonique de Steinert, en collaboration avec l'institut de Myologie de Pitié-Salpêtrière.

[https://www.researchgate.net/profile/Julie\\_Brunelle/](https://www.researchgate.net/profile/Julie_Brunelle/)

### David COHEN:

[http://www.isir.upmc.fr/?op=view\\_profil&id=189](http://www.isir.upmc.fr/?op=view_profil&id=189)

## 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