

LA DÉPRESSION CHEZ L'ADOLESCENT

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'adolescent

La dépression chez l'adolescent est un trouble complexe, différent de l'adulte, et ceci d'autant plus que le sujet est jeune. Dans cet article le Dr. Julie Brunelle et le Pr. David Cohen présentent les caractéristiques de la symptomatologie dépressive chez l'adolescent et sa distinction souvent difficile, avec des mouvements dépressifs inhérents aux processus normaux à l'adolescence. Dans une perspective développementale, les auteurs exposent les critères internationaux de diagnostic, les études de prévalence et des facteurs de risques (individuels, familiaux, développementaux), des phénomènes cliniques associés à la dépression de l'adolescent (les comorbidités multiples, le risque suicidaire, et les différentes voies de prise en charge).

SOMMAIRE

De quels résultats communément admis disposons-nous ?	p.3
Comment les obtenons-nous ?	p.13
Qu'en tirons-nous comme connaissances ?	p.13
Qu'en faisons-nous concrètement ?	p.14
Références	p.16
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 16).

De quels résultats communément admis disposons-nous ?

1. OMS : Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/fr/>

2. Récurrences : La dépression récurrente est considérée comme un trouble chronique de l'humeur qui est associé à des difficultés importantes aux niveaux professionnel et social et à des taux élevés de soins, hospitalisations et suicide. Pour plus de détail sur la dépression récurrente, voir l'article n°14-1: «**Dépression et récurrences**» (Dr. A. Gaillard) et l'article n°14-2 «**Dépression récurrente: facteurs de risque, facteurs de vulnérabilité**» (Dr. Chloé Girod-a-Petit-Louis, Dr. Emilie Olié et Pr. Philippe Courte), Le Livre Blanc de la Dépression.

3. 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.

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

5. La dysthymie (du grec *δυσθυμία*, «**mélancolie**») est un trouble de l'humeur chronique impliquant un spectre dépressif. Elle est considérée comme une dépression chronique, moins sévère qu'une dépression clinique. La première utilisation du terme est attribuée à James Kocsis en 1970.

6. La cyclothymie est un trouble de l'humeur dans le spectre de la bipolarité, au cours duquel les périodes euphoriques et les périodes dépressives et d'irritabilité se succèdent. La cyclothymie est considérée comme un trouble

Il faut rappeler que selon l'OMS¹, l'adolescence est une période comprise entre 10 et 19 ans. (http://www.who.int/topics/adolescent_health/fr/). Le diagnostic, le traitement et la prévention de la dépression chez l'adolescent sont des enjeux majeurs de santé publique du fait de son important retentissement psychosocial, de sa récurrence², des comorbidités associées et des risques d'abus de substance et de suicide [1].

DÉFINITION

Le DSM IV³ distingue plusieurs types de dépression :

- > L'épisode dépressif majeur (unipolaire)⁴
- > La phase dépressive dans le cadre d'un trouble bipolaire (I, II)
- > La dysthymie⁵
- > La cyclothymie⁶

Tout comme chez l'adulte⁷, l'épisode dépressif majeur se définit chez l'adolescent par :

A. La présence quotidienne d'au moins 5 des symptômes suivants sur une période d'au moins 2 semaines constituant un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Le critère 1 ou 2 doit nécessairement être présent :

1. Une humeur dépressive ressentie ou manifeste. A noter que chez l'adolescent, l'irritabilité plutôt que la tristesse est considérée comme un symptôme cardinal.
2. Une perte d'intérêt ou de plaisir marquée dans presque tous les domaines
3. Une perte ou une prise de poids, une perte

ou une augmentation de l'appétit

4. Une insomnie ou une hypersomnie
5. Une agitation psychomotrice ou un ralentissement
6. Une asthénie ou perte d'énergie
7. Sentiment d'inutilité ou de culpabilité intense, parfois délirants
8. Difficulté de concentration
9. Idées morbides ou suicidaires, tentative de suicide

B. Ces symptômes ne répondent pas au critère d'un épisode mixte

C. Ces symptômes ont un retentissement suffisant sur le fonctionnement global du sujet

D. Ne sont pas directement expliqués par la prise de substance ou par une cause somatique.

E. En cas de deuil, on n'évoque un EDM que si persistance des symptômes au-delà de deux mois.

Le DSM V⁸, publié en mai 2013, conserve les critères centraux du DSM IV hormis la suppression du critère E d'exclusion du deuil. Par ailleurs, il faut noter que dans la nouvelle classification, «**la dysthymie**» est remplacée par «**le trouble dépressif persistant**».

EPIDÉMIOLOGIE⁹

Episode dépressif majeur

La prévalence de l'épisode dépressif majeur, vie entière, selon les critères du DSM IV chez l'adolescent varie entre 0.4 % et 8.3 % selon les études [2, 3].

de l'humeur « affectif persistant » dans les classifications officielles des troubles mentaux (DSM-IV et CIM 10) mais certains experts la considèrent plus comme un trouble de la personnalité différent de la bipolarité. Pour la classification de l'Organisation Mondiale de la Santé (CIM 10), la cyclothymie est définie comme une « instabilité persistante de l'humeur, comportant de nombreuses périodes de dépression ou d'exaltation légère (hypomanie), mais dont aucune n'est suffisamment sévère ou prolongée pour justifier un diagnostic de trouble affectif bipolaire ou de trouble dépressif récurrent ».

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

8. Pour connaître les nouveautés introduites dans le DSM 5, consultez l'article n°24: La dépression dans le DSM-V, nouveautés et débats » (Pr. Julien Daniel Guelfi), Le Livre Blanc de la Dépression.

9. 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**

10. 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.

11. L'Oregon Adolescent Depression Project

12. Episode dépressif majeur

13. Great Smoky Mountain Study (GSMS)

14. Great Smoky Mountain Study

Une méta-analyse¹⁰ de 2006 portant sur 26 études représentant environ 60 000 patients (enfants et adolescents) conclue à un taux de prévalence pour l'épisode dépressif majeur de 5.6 % chez les 13-18 ans [4]. Ce qui rejoint le résultat de l'étude récente de Thapar qui évalue la prévalence entre 4 et 5 % [1] chez l'adolescent. Chez l'adolescent, le sex ratio fille-garçon est de 2 pour 1 environ [5, 6]. Parmi les troubles psychiatriques juvéniles, la dépression est celui dont l'âge de début est le plus tardif autrement dit le plus souvent à l'adolescence.

Selon l'Oregon Adolescent Depression Project¹¹, l'âge moyen du premier EDM¹² se situe à 14.7 ans chez la fille et 15.9 ans chez le garçon [7]. Les résultats de l'étude Great Smoky Mountain Study (GSMS)¹³ sont concordants. Cependant, il faut distinguer l'âge du premier symptôme dépressif et l'âge où le tableau clinique est complet. Il est alors retrouvé dans GSMS¹⁴ que l'âge moyen de début des premiers symptômes dépressifs est de deux ans plus précoce chez les sujets qui développeront un véritable EDM à l'adolescence. Le taux de rechute est élevé variant entre 35 et 55 % dans les 4 ans après un épisode [2, 8].

Dysthymie

La prévalence de la dysthymie chez l'adolescent estimée entre 1.6 et 8 % selon les études est probablement sous-évaluée. Or son retentissement à l'adolescence peut également être sévère.

Phénomène suicidaire

La dépression est le principal facteur proximal de suicidalité¹⁵. Le suicide est la seconde cause de mortalité chez le jeune en Europe. Le taux de décès par suicide chez les 15-19 ans en France est de 4.1/100 000 habitants [9]. Sont rapportés 800 à 1000 décès an-

nuels par suicide chez les 15-24 ans.

La prévalence¹⁶ vie entière de la tentative de suicide chez l'adolescent varie de 1.3 à 3.8 % chez le garçon et de 1.5 à 10.1% chez la fille. La prévalence des idées suicidaires serait de 15 à 25 % en population générale adolescente (10). La TS¹⁷ est plus fréquente chez la fille, le suicide plus fréquent chez le garçon. 25 à 75 % des TS présentent une dépression.

PROFIL ÉVOLUTIF

La durée moyenne d'un épisode dépressif varie selon l'échantillon. Elle est de 7 à 9 mois en population clinique et de 1 à 2 mois en population générale. La sévérité clinique de la dépression, la présence de comorbidités¹⁸, d'évènements de vie négatifs, de pathologies psychiatriques parentales, et un moins bon fonctionnement psychosocial sont associés à une durée plus longue de l'épisode.

La rémission¹⁹ survient dans 90 % des cas au bout d'un an. Cependant, le risque de récurrence est important, pouvant atteindre 50 à 70 % dans les 5 ans [11].

La plupart des études de devenir montre que la dépression à l'adolescence est un facteur de risque de dépression et de suicidalité à l'âge adulte. Cependant, des analyses multivariées atténuent ce lien en mettant en évidence la participation de troubles comorbides tels que le trouble oppositionnel²⁰ dans le développement de troubles dépressifs à l'âge adulte [12].

Un des risques évolutifs de la dépression unipolaire à l'adolescence est celui de développer un trouble bipolaire²¹. Selon les études, ce risque varie de 1 à 20 % [13, 8, 14]. Les facteurs dits prédictifs de bipolarité mis en évidence concernent des symptômes cliniques, une histoire familiale de troubles thymiques et une hypomanie pharmacologiquement

15. Voir l'article n°4: «**Dépression et suicide**» (DR. E. Hantouche), Le Livre Blanc de la Dépression.

16. **Prévalence**: la prévalence mesure la part de la population atteinte par la pathologie à un moment donné

17. **TS**: Tentative de suicide

18. **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).

19. **Une rémission**: la réduction ou la disparition des symptômes de façon temporaire.

20. Consultez l'expertise collective INSERM sur les «**Troubles des conduites chez l'enfant et l'adolescent**», ISSN 1264-1782.: [Cliquez sur le lien](#)

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

22. **Episode dépressif majeur**

23. (<http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-iv-tr>)

induite [13]. Les symptômes cliniques repérés sont la survenue rapide des symptômes, la présence de signes psychotiques, ceux-ci étant congruents à l'humeur et un ralentissement psychomoteur. L'histoire familiale comprend l'existence de troubles thymiques dans l'ascendance familiale, une histoire familiale de troubles bipolaires et la présence sur trois générations de ces troubles thymiques. Le délai entre un épisode dépressif majeur et un épisode hypomaniaque ou maniaque signifiant le diagnostic de troubles bipolaires est en moyenne de 4,9 ans (écart type 3,4) [15].

PARTICULARITÉS CLINIQUES À L'ADOLESCENCE

La présence sur une durée suffisante des symptômes tels qu'une humeur dépressive, la perte d'intérêt et de plaisir, la perte de l'estime de soi, une culpabilité excessive, des troubles du sommeil et de l'appétit, un ralentissement psychomoteur ou agitation et idées et/ou comportements suicidaires constituent comme chez l'adulte les critères diagnostiques centraux de l'EDM²². Cependant, au-delà du consensus quant à l'applicabilité de ces critères du DSM IV de l'EDM à l'adolescent²³, la sémiologie de la dépression à cet âge est souvent polymorphe, ce qui peut parfois compliquer le diagnostic.

Pour exemple, il est communément admis que, plus que la plainte dépressive, l'irritabilité est souvent au premier plan. L'irritabilité est plus fréquente chez la fille que chez le garçon et, entre 13 et 15 ans, pouvant atteindre jusqu'à 75.5%. Sa prévalence diminue ensuite avec l'âge [16]. L'irritabilité est aussi fortement corrélée à la sévérité de la dépression [17]. De même, les troubles externalisés, à type

d'opposition voire de troubles des conduites, tout comme les plaintes directement somatiques, sont plus fréquents chez l'adolescent que chez l'adulte et peuvent masquer une dépression [18, 19]. Les troubles du sommeil et de l'appétit, les idées délirantes, les idées ou comportements suicidaires sont plus fréquents chez l'adolescent que chez l'enfant. Par ailleurs, la fréquence importante chez l'adolescent sain de symptômes appartenant au registre de la dépression peut conduire à sous-estimer le diagnostic d'EDM et à une absence de traitement. En effet, Selon l'étude de Flament et al. [20], 20% des adolescents peuvent présenter une symptomatologie dépressive sans EDM caractérisé, trop souvent considérée comme une crise d'adolescence transitoire. Or, ces adolescents constituent un groupe à risque de dépression puisque 40% d'entre eux présentent un EDM caractérisé dans l'année [20].

Dans cette même étude, la fréquence des symptômes dépressifs a été comparée entre un groupe contrôle et deux groupes d'adolescents présentant respectivement un épisode dépressif majeur et une dysthymie. Les résultats sont présentés dans le Tableau n°1 page suivante.

Les symptômes de l'EDM et de la dysthymie sont donc très proches. Certains symptômes pourraient néanmoins les distinguer comme les troubles de l'appétit et du sommeil, l'agitation et les tentatives de suicide qui sont plus fréquemment associés à l'EDM.

Il faut toutefois rappeler que plus l'adolescent est âgé, plus la symptomatologie de l'EDM est proche de celle de l'adulte.

Tableau n°1
(ci-contre)

Symptômes dépressifs : comparaison EDM vs Dysthymie.

> d'après Flament et al, 2001

Symptôme	Dépression majeure (n=49)	Trouble dysthymique (n=20)	Témoin (n=109)
Humeur dépressive	97.7	100	19.2
Anhedonie	77.3	70	5.5
Poids / Trouble de l'appétit	79.5	35	8.2
Insomnie	88.6	60	9.1
Hypersomnie	45.5	10	5.5
Agitation	47.7	15	0
Ralentissement	34.1	55	1.8
Asthénie	68.2	60	11.9
Perte d'efficacité	72.3	70	3.7
Culpabilité	29.5	25	3.6
Dévalorisation	68.2	50	7.3
Difficulté de concentration	81.8	75	4.6
Retrait social	57	50	6.4
Pleurs	75	70	6.4
Idées suicidaires	39	35	7.3
Tentative de suicide	22.5	10	1.8
Tristesse	43	50	9.1
Image de soi négative	68	47	5
Mésestime de soi	65	42	2.8
Sentiment d'abandon	75	62	18
Isolement / Solitude	33	21	6.4
Sentiment de souffrance	100	100	18
Désespoir	65	41	14

LES COMORBIDITÉS

La forte comorbidité des troubles dépressifs à l'adolescence est à relever et ce d'autant plus que le sujet est jeune [21], en particulier, les troubles anxieux tels que l'anxiété de séparation, le trouble anxieux généralisé et le trouble phobique [20]. D'un point de vue diachronique, il est rapporté que chez le jeune adolescent l'anxiété précède souvent la dépression [22] à la différence de l'adolescent plus âgé chez lequel l'anxiété peut prédire la dépression et réciproquement [23]. Par ailleurs, l'abus de substance est également une comorbidité fréquente.

FACTEURS DE RISQUE

Individuels

Comme le précisent les données épidémiologiques, un âge plus élevé est un facteur de risque, tout comme le fait d'être une fille. Par ailleurs, certains troubles psychiatriques dans l'enfance seraient associés à un risque plus élevé de dépression à l'adolescence, tel que le trouble des conduites ou le trouble oppositionnel. Les mécanismes sous-tendant cette association sont d'un part médiés par des facteurs environnementaux (comme l'exposition à plus de facteurs stressants du fait du trouble) mais il existe, d'autre part, l'hypothèse que l'irritabilité, une des dimensions du trouble oppositionnel avec provocation, partagerait avec la dépression une même vulnérabilité génétique [39].

Familiaux

De nombreuses études mettent en évidence que des antécédents familiaux de dépression constituent un facteur de risque majeur. En particulier, un enfant de parents déprimés présente un risque de dépression 3 à 4 fois

plus élevé que dans la population générale. Des facteurs génétiques sont sans doute impliqués. Cependant, la part des mécanismes psychosociaux dans la transmission familiale de la dépression est tout à fait reconnue. En effet, des études d'adoption ont mis en évidence l'augmentation du risque de dépression chez les enfants dont les mères adoptives présentaient une dépression [24].

Environnementaux

La précarité et le fait d'être issu d'une minorité sont des facteurs de risque de dépression. Parmi les risques psychosociaux, on retient également les deuils, les séparations et les conflits intrafamiliaux, ainsi que les maltraitements et négligences. Les conflits entre pairs et le harcèlement sont également des facteurs de risque identifiés. Plus que l'évènement unique, c'est la répétition, la chronicité et le cumul de ces facteurs qui sont associées à la dépression de l'adolescent [1].

Sur un plan développemental, il faut noter que la part des facteurs environnementaux dans la genèse de la dépression juvénile varie selon l'âge. En effet, elle est d'autant plus forte que le sujet est jeune, comme le montre les études de jumeaux [25]. Dans cette étude prospective, une cohorte de jumeaux est suivie de la naissance à l'âge de 26 ans. Des facteurs de risque potentiels sont répertoriés jusqu'à l'âge de 9 ans. Sont ensuite comparés au regard de ces facteurs de risque trois groupes constitués par :

1. Les sujets ayant développé une dépression à l'adolescence.
2. Les sujets ayant développé une dépression à l'âge adulte.
3. Les sujets sains.

Le profil des facteurs de risque est tout à fait différent entre le groupe 1 et 2.

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.

25. 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.

26. 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.

27. Thérapies comportementales et cognitives.

La dépression juvénile est associée à plus de problèmes périnataux, de déficit moteur, de rupture et d'instabilité dans la fonction parentale, de criminalité et de problème de psychopathie dans la famille, de trouble du comportement et émotionnels dans l'enfance de ces sujets. Dans le groupe dépression du jeune adulte, le seul facteur de risque retrouvé plus fréquemment que chez les contrôles est une plus grande fréquence d'abus sexuels dans l'enfance.

TRAITEMENTS

Psychothérapies

Depuis la fin des années 1990, plusieurs études ont été réalisées pour valider l'efficacité de l'abord psychothérapeutique dans la dépression de l'adolescent²⁴. Différentes techniques ont ainsi été évaluées comme la psychothérapie interpersonnelle²⁵ [35], la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), les thérapies familiales [36] et les thérapies psychodynamiques [37].

Certaines études ont également exploré les associations entre psychothérapies et médication. Nous citerons l'étude TADS (Treatment for Adolescent with Depression study) qui compare la fluoxétine combinée à une TCC²⁷, la fluoxétine seule, la TCC seule et un placebo chez 439 adolescents sur 32 semaines. Les résultats montrent que la combinaison fluoxétine et TCC est supérieure aux autres dans les premières semaines. À 18 semaines, la TCC seule rejoint la fluoxétine seule et à 32 semaines la TCC seule rejoint la combinaison TCC associée à la fluoxétine. Dans l'étude ADAPT (Adolescent Depression And Psychotherapy Trial), des adolescents résistants à une intervention psychosociale de première ligne et modérément à sévèrement déprimés ont été randomisés pour

recevoir soit un traitement antidépresseur (fluoxétine) combiné à une TCC, soit l'antidépresseur et la poursuite de l'accompagnement initial, qui dans le contexte anglo-saxon était de nature psychothérapeutique. La TCC ne montre pas de bénéfice supérieur par rapport aux soins courants chez ces adolescents déprimés traités par antidépresseur.

Une dernière étude, TORDIA (Treatment of SSRI-resistant depression in adolescent), montre également un avantage du traitement combiné antidépresseur et une TCC comparé au traitement antidépresseur seul. En ce qui concerne l'intérêt d'un traitement médicamenteux dans la prévention des rechutes, il n'existe que peu d'études. On peut citer celle d'Emslie et al. [38] qui compare deux groupes randomisés (poursuite de la fluoxétine versus placebo) à l'issue de 12 semaines de traitement par fluoxétine. Sur 6 mois, le taux de rechute est significativement plus important chez les adolescents sous placebo comparés aux adolescents sous traitement actif.

Médicamenteux

L'arrivée sur le marché dans les années 1980 des Inhibiteurs Spécifiques de la Recapture de la Serotonine (ISRS), présentant moins d'effets secondaires que les anciens antidépresseurs, a conduit à une augmentation très importante du taux de prescription des ISRS chez le jeune à partir des années 90 bien au-delà de la prévalence de la dépression dans ces âges là [26]. Les précautions quant à ces prescriptions sont récentes et font suite à l'interdiction par le Royal College of Medicine anglais de la prescription de Paroxétine en avril 2003 puis à partir de décembre 2003 des autres ISRS à l'exception de la Fluoxétine dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent. Dans le même temps, la

28. Pour des informations sur les interventions pharmacologiques pour la prise en charge de la dépression, consultez :

> L'article n°22 : « L'identification des rapports bénéfices-risques dans la prescription des antidépresseurs » (Dr. F. Rouillon & Dr. Hélène Verdoux)

> L'article n°23 : « Les antidépresseurs dans la vraie vie » (Dr. Viviane Kovess)

> L'article n°28 : « Antidépresseurs et suicide » (Dr. Philippe Courtet, Dr. Emilie Olié), Le Livre Blanc de la Dépression.

29. **Placebo** : 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 ».

Food and Drug Administration américaine s'alignait sur cette décision, et un an plus tard, l'Agence Européenne du Médicament. En effet, le constat d'une augmentation du risque de passage à l'acte suicidaire chez les sujets traités par ISRS par rapport au placebo a été une des raisons principales de ces interdictions²⁸.

En France, en 2004, les taux de prescription des ISRS augmentent à partir de l'âge de 14 ans, plus importants chez les filles. A 18 ans, le taux de prescription atteint 2.2% chez les filles, le double de celui chez les garçons du même âge [26].

Dans ce contexte, la prescription d'antidépresseur chez le jeune se devait d'être raisonnée et basée sur des études d'efficacité les plus robustes possibles.

Traitement par ISRS et risque suicidaire :

Les méta-analyses ont en effet toutes montré une augmentation du risque de passage à l'acte suicidaire chez les adolescents déprimés traités par ISRS comparés au placebo. Selon les molécules, les taux de gestes suicidaires varient de 2.4% à 7.7% chez les sujets sous traitement actif comparativement à des taux allant de 0.6% à 3.6% chez les sujets sous placebo [27, 28]. La méta-analyse de la FDA rapporte les mêmes résultats, soit un risque relatif modéré mais significatif, chez les jeunes sous molécule active versus placebo (RR = 1.78) [29].

Ce risque est cependant intrinsèque à la pathologie dépressive elle-même, puisque l'augmentation de ce risque est deux à trois fois moins importante dans les troubles anxieux [30]. De plus, il est intéressant de noter que, plutôt qu'une augmentation des gestes suicidaires en parallèle de l'inflation de la prescription des ISRS dans les années 90,

a été rapportée aux Etats-Unis une discrète diminution du nombre de décès par suicide chez l'adolescent. De même, en parallèle de la diminution de la prescription des ISRS, faisant suite à la « black box warning », a été notée une augmentation des suicides complétés chez le sujet jeune [31].

Les données issues de la littérature chez l'adulte concernant la temporalité du passage à l'acte confirment que le risque se concentre durant les dix premières semaines [32].

Etudes d'efficacité des antidépresseurs de seconde génération :

Les données présentées ci-dessous concernent les antidépresseurs de seconde génération, étant donnée l'absence d'efficacité des antidépresseurs tricycliques chez l'adolescent comme le confirme une revue récente de la littérature [33].

Les essais thérapeutiques randomisés versus placebo²⁹ pour les antidépresseurs de seconde génération sont résumés dans le Tableau n°2 page suivante.

Dans le contexte de précaution rappelé plus haut, les agences ont pu avoir accès à six essais médicamenteux non publiés qui ne montraient pas de supériorité entre l'ISRS testé et le placebo, avec de surcroît des effets secondaires non négligeables. Du fait de ces résultats, les firmes ne les avaient pas publiés. Par la suite, des méta-analyses, intégrant ces essais négatifs, confirment l'absence de supériorité de la paroxétine, sertraline, citalopram et venlafaxine comparés au placebo. Seule la fluoxétine montre une discrète supériorité [27, 28, 30]. Le tableau 3 présente le niveau de preuve de l'utilisation des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent en fonction des indications (cf. Consultez le Tableau n°3 page 11).

Tableau n°2
(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)
Simeon 1990	40(A)	8	Flx (20-60)	NS
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
Keller 2001	180 (A)	8	Par (20-40)	Par 66 % vs Pla 48 % (p = .02)
Emslie 2002	219 (E+A)	9	Flx 20	Flx 52 % vs Pla 37 % (p = .03)
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)

Tableau n°3
(ci-contre)

Récapitulatifs des indications et des niveaux de preuve pour l'utilisation des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent.

> d'après Marcelli et Cohen, 2009 [17].

Molécule	Nom commercial	Essais réalisés	Essais > PBO ou autre	N sujets inclus	Taille de l'effet (NNT)*	Niveau de preuve
TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF						
Clomipramine	Anafranil	3	3	126		Moyen/Elevé
Sertraline	Zoloft	2	2	243	6	Elevé
Fluvoxamine	Floxyfral	1	1	120		Moyen/Elevé
Fluoxétine	Prozac	2	1	146	5	Moyen/Elevé
Paroxétine	Deroxat	1	1	196	5	Moyen/Elevé
AUTRE TROUBLES ANXIEUX						
Venlafaxine	Effexor	2	2	598	6	Elevé
Fluvoxamine	Floxyfral	1	1	128	3	Moyen/Elevé
Fluoxétine	Prozac	1	1	73	4	Moyen
Paroxétine	Deroxat	1	1	315	3	Moyen/Elevé
Sertraline	Zoloft	1	1	22	2	Moyen
DEPRESSION						
Fluoxétine	Prozac	4	3	527	6	Moyen/Elevé
Sertraline	Zoloft	2	0	364	10	Faible
Paroxétine	Deroxat	3	0	646		Inexistant
(Es)Citalopram	Seropram /Plex	3	1	595	13	Faible
Venlafaxine	Effexor	1	1	334	10	Faible
Nafazodone		2	ND	ND		Inexistant
Mirtazipine		1	1	249	7	Faible

PBO : Placebo ; NNT : number needed to treat ; ND : non disponible ;

* La taille de l'effet indiquée correspond aux données de méta-analyse (Bridges et al., 2007)[31] et n'est pas indiquée quand la différence entre molécule et placebo est non-significative.

30. Aussi appelée électroconvulsivothérapie (ECT), jadis électrochoc, la sismothérapie consiste à provoquer une convulsion (crise comitiale) par un choc électrique exercé sur le crâne d'un patient anesthésié. Pour connaître d'avantage cette technique et son application dans le cadre de la dépression, voir l'article n°16-1: « Dépression et ECT » (Dr. F. Mouaffak), Le Livre Blanc de la Dépression.

Une autre des raisons des décisions des agences est donc l'absence de données incontestables concernant l'efficacité des ISRS comparés au placebo dans la dépression de l'adolescent, hormis la fluoxétine.

La réponse placebo

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, ce qui pose problème pour mettre en évidence le bénéfice thérapeutique des antidépresseurs et des psychothérapies dans ce trouble (voir Figure n°1 ci-dessous). Certains facteurs prédictifs de la réponse placebo ont

été mis en évidence: la réponse placebo est inversement corrélée à la durée du trouble avant l'inclusion dans un essai et la sévérité clinique à l'inclusion [34].

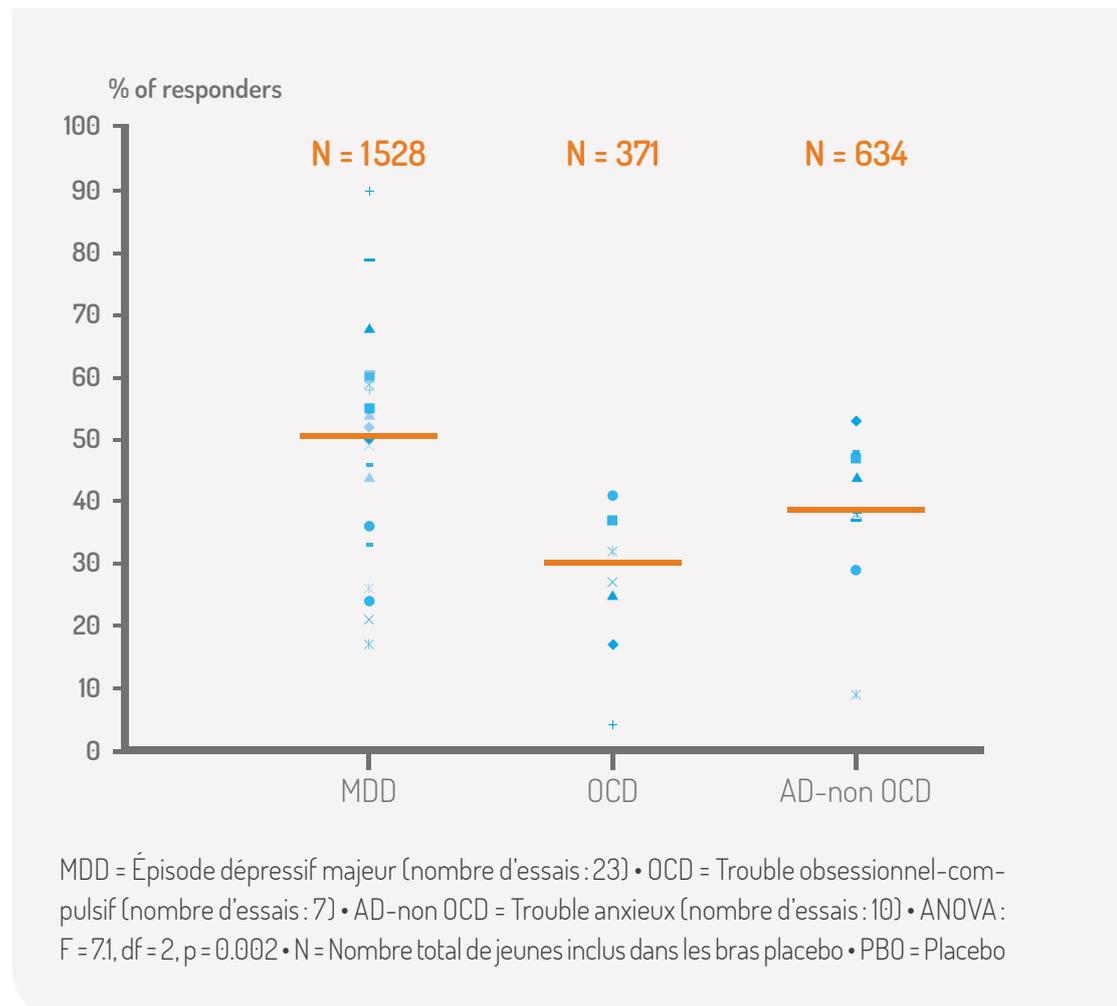
ELECTROCONVULSIVOTHÉRAPIE (ECT)³⁰

Un traitement par ECT peut être indiqué dans des formes très sévères et pharmacorésistantes d'EDM; Il reste exceptionnel mais son efficacité est rapportée dans la majorité des cas publiés. Sa tolérance est tout à fait bonne, hormis des troubles mnésiques transitoires.

Figure 1
(ci-contre)

Réponse placebo (en %) dans les essais chez l'enfant et l'adolescent présentant un épisode dépressif majeur, un trouble obsessionnel-compulsif, et un autre trouble anxieux.

> d'après Cohen et al, 2008 [16]



Comment les obtenons-nous ?

Les résultats présentés ci-dessous sont obtenus à partir de la littérature nationale et internationale sur la base des articles trouvés dans Pubmed avec les mots clés "dépression, adolescent, phenomenology, treatment". Concernant les traitements, seules les méta-analyses et les essais randomisés versus placebo ont été retenus.

Sur le plan méthodologique, il existe un certain nombre de limitations dans ces essais médicaux, en particulier le biais de sélection des sujets. En effet, dans la grande majorité de ces essais, la suicidalité, les comorbidités comme l'abus de substance ou le trouble des conduites étant des critères d'exclusion, les résultats ne sont que peu généralisables à la population vue en clinique courante.

Qu'en tirons-nous comme connaissances ?

La dépression chez l'adolescent est un trouble différent de l'adulte, d'autant plus que le sujet est jeune, avec des facteurs de risque différents. Il est important de tenir compte de ces facteurs dans l'évaluation d'un adolescent pour lequel une dépression est évoquée. La dépression est un facteur de risque proximal de suicidalité, d'abus de substance et associée à une forte morbidité en termes d'adaptation sociale et de risque de récurrence. Il est donc primordial de dépister un EDM³¹ pour mieux le prendre en charge, sachant que la distinction avec des mouvements dépressifs inhérents au processus adolescent est parfois difficile.

Pour ce faire, il faut en connaître les particularités cliniques, autrement dit toujours appréhender le trouble dans une perspective développementale (cf. Figure 2 page suivante).

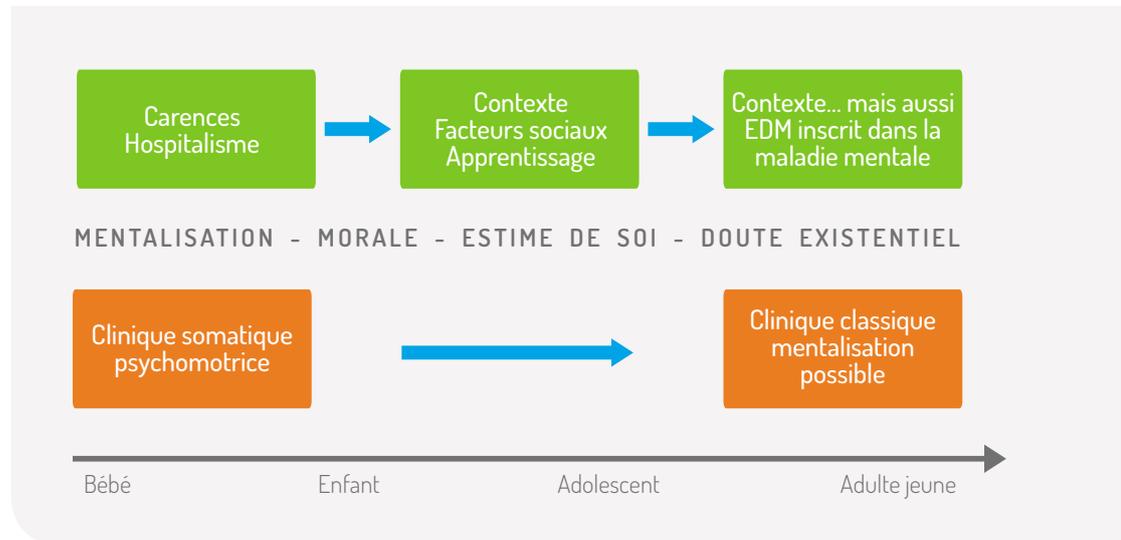
Concernant le traitement, on notera que :

- > Les traitements non pharmacologiques, c'est-à-dire psychothérapeutiques, sont particulièrement efficaces
- > Il n'est pas exclu que certains ISRS aient une action psychotrope efficace, la question étant de savoir dans quel cas
- > Comment tenir compte du risque de passage à l'acte suicidaire, déjà inhérent à la dépression, et qui semble encore plus élevé en début de traitement chez l'adolescent ?

Figure 2
(ci-contre)

Une vue développementale de la dépression de l'enfant et de l'adolescent.

> d'après Cohen D.



Qu'en faisons-nous concrètement ?

La prévention de la dépression chez l'adolescent consiste à identifier les sujets à risque. Dans les cas de dépressions légères et modérées, le traitement de première intention est psychothérapeutique. Le type de psychothérapie dépend du fonctionnement du patient, de l'entourage. Il est indispensable de prendre en charge des comorbidités éventuelles telles que l'abus de substance.

Un traitement médicamenteux par antidépresseur est à discuter dans les cas de dépressions sévères ou persistantes malgré une psychothérapie. Le choix du traitement est principalement guidé par la sévérité des symptômes dépressifs, l'existence de comorbidités, d'un risque suicidaire, mais également par le contexte familial. Il doit toujours être associé à des soins courants. Même si c'est

dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent le bénéfice/risque des traitements antidépresseur est le plus faible en comparaison du Trouble obsessionnel compulsif ou des troubles anxieux, le bénéfice thérapeutique d'un traitement médicamenteux augmente avec l'âge, autrement dit, est plus important chez l'adolescent que chez l'enfant.

Quant à la durée d'un traitement médicamenteux, elle est de 6 à 12 mois de manière indicative. En cas de non réponse, après élimination des facteurs classiques de mauvaise réponse, il est possible de changer d'ISRS, de classe ou d'envisager une ECT si la dépression est très sévère. Le tableau n°4 page suivante synthétise la conduite à tenir dans l'évaluation et la prise en charge de la dépression chez l'adolescent. ■

**Tableau n°4
(ci-contre)**

Conduite à tenir pour l'évaluation et le traitement d'un adolescent déprimé: indication d'une prescription d'antidépresseur.

> d'après Cohen D., 2007

1	Manager le risque suicidaire si nécessaire
	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation • Intervention de crise • Médicament sédatif
2	Evaluer la psychopathologie de l'adolescent et son contexte
	<ul style="list-style-type: none"> • Sévérité de la dépression • Evolution aiguë ou chronique • Comorbidité (trouble anxieux, personnalité limite, ...) • ATCD de bipolarité, de symptômes psychotiques • Environnement familial et contexte social • Stress psychosociaux, y compris violence physique ou sexuelle • Impact sur le développement de l'adolescent
3	Promouvoir l'alliance thérapeutique avec l'adolescent et ses parents
4	Choisir l'approche psychothérapeutique appropriée selon l'évaluation de l'adolescent
	<ul style="list-style-type: none"> • Psychothérapie interpersonnelle, Psychothérapie psychodynamique • Psychothérapie cognitive et comportementale • Intervention familiale et discuter si une intervention psychosociale s'impose
5	Envisager un traitement pharmacologique quand
	<ul style="list-style-type: none"> • Une dépression sévère persiste • Une morbidité psychiatrique associée existe • Une approche psychothérapie n'est pas disponible • Un travail psychothérapique bien conduit a échoué
6	Avant la prescription
	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer l'acceptation de la prescription par l'adolescent et sa famille • Eduquer patient et famille sur le traitement et les possibles effets secondaires
7	Choisir la molécule selon les data scientifiques connus
	<ul style="list-style-type: none"> • Fluoxetine (20-40 mg/jour) • Evaluer l'efficacité par des rencontres suffisamment fréquentes • Surveillance du risque suicidaire, particulièrement en début de traitement • Maintenir le traitement au moins 6 à 12 mois
8	En cas de résistance, discuter
	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalisation et clinique soins études • Une autre molécule de la même classe ou venlafaxine • Potentialisation (lithium, ...) • Electroconvulsivo-thérapie
9	Toujours réexaminer et soutenir la question du travail psychothérapique

Références

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES CITÉES DANS L'ARTICLE

- Ref. [1] **THAPAR A, COLLISHAW S, PINE DS, THAPAR AK**
"Depression in adolescence"
Lancet, 2012 17 • 379(9820):1056-67
- Ref. [2] **BIRMAHER B, RYAN ND, WILLIAMSON DE, BRENT DA, KAUFMAN J**
"Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years"
Part II. J Am Child Ado psychiatry, 1996 dec • 35(12):1575-83.
- Ref. [3] **GARRISON CZ, WALLER JL, CUFFE SP, MCKEOWN RE, ADDY CL, JACKSON KL**
"Incidence of major depressive disorder and dysthymia in young adolescents"
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997 Apr • 36(4):458-65.
- Ref. [4] **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 Jan • 45(1):8-25
- Ref. [5] **CYRANOWSKI JM, FRANK E, YOUNG E, SHEAR MK**
"Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model"
Arch Gen Psychiatry, 2000 Jan • 57(1):21-7.
- Ref. [6] **RUTTER M, CASPI A, MOFFITT TE**
"Using sex differences in psychopathology to study causal mechanisms: unifying issues and research strategies"
J Child Psychol Psychiatry, 2003 Nov • 44(8):1092-115.
- Ref. [7] **LEWINSOHN PM, CLARKE GN, SEELEY JR, ROHDE P**
"Major depression in community adolescents: age at onset, episode duration, and time to recurrence"
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1994 Jul-Aug • 33(6):809-18.
- Ref. [8] **KOVACS M**
"Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span"
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996 Jun • 35(6):705-15.
- Ref. [9] **DE TOURNEMIRE R**
"Teenagers' suicides and suicide attempts: finding one's way in epidemiologic data"
Arch Pediatr, 2010 Aug • 17(8):1202-9.
- Ref. [10] **BRIDGE JA, GOLDSTEIN TR, BRENT DA**
"Adolescent suicide and suicidal behavior"
J Child Psychol Psychiatry, 2006 • 47(3-4):372-394
- Ref. [11] **DUNN V, GOODYER IM**
"Longitudinal investigation into childhood- and adolescence-onset depression: psychiatric outcome in early adulthood"
Br J Psychiatry, 2006 Mar • 188:216-22.

- Ref. [12] **COPELAND WE, SHANAHAN L, COSTELLO EJ, ANGOLD**
"Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders"
Arch Gen Psychiatry, 2009 • 66 : 764-72.
- Ref. [13] **STROBER M, CARLSON G**
"Bipolar illness in adolescents with major depression: clinical, genetic, and psychopharmacologic predictors in a three- to four-year prospective follow-up investigation"
Arch Gen Psychiatry, 1982 May • 39(5):549-55.
- Ref. [14] **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. [15] **HILLEGERS MH, REICHART CG, WALSH M, VERHULST FC, ORMEL J, NOLEN WA**
"Five-year prospective outcome of psychopathology in the adolescent offspring of bipolar parents"
Bipolar Disord, 2005 Aug • 7(4):344-50.
- Ref. [16] **KOVACS**
"Developmental changes in the phenomenology of depression in girls compared to boys from childhood onward"
J Affect Disord, 2003 • 74(1):33-48.
- Ref. [17] **SYED SHERIFF RJ, MCGORRY PD, COTTON S, YUNG AR**
"A qualitative study of the prodrome to first-episode major depressive disorder in adolescents"
Psychopathology, 2015 • 48(3):153-61.
- Ref. [18] **CARLSON GA, KASHANI JH**
"Phenomenology of major depression from childhood through adulthood: analysis of three studies"
Am J Psychiatry, 1988 Oct • 145(10):1222-5.
- Ref. [19] **RICHARDSON LP, KATZENELLENBOGEN R**
"Childhood and adolescent depression: the role of primary care providers in diagnosis and treatment"
Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, 2005 Jan • 35(1):6-24.
- Ref. [20] **FLAMENT M, COHEN D, CHOQUET M, JEAMMET PH, LEDOUX S**
"Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence"
J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, sept, 2001.
- Ref. [21] **FORD T, GOODMAN R, MELTZER**
"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. [22] **WITTCHEN HU, KESSLER RC, PFISTER H, LIEB M**
"Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study"
Acta Psychiatr Scand Suppl, 2000 • (406):14-23.
- Ref. [23] **HERBISON C, ALLEN K, ROBINSON M, PENNELL C**
"Trajectories of stress events from early life to adolescence predict depression, anxiety and stress in young adults"
Psychoneuroendocrinology, 2015 Nov • 61:16-7.

- Ref. [24] **TULLY EC, IACONO WG, MCGUE M**
"An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders"
Am J Psychiatry, 2008 Sep • 165(9):1148-54.
- Ref. [25] **JAFFEE SR, MOFFITT TE, CASPI A, FOMBONNE E, POULTON R, MARTIN J**
"Differences in early childhood risk factors for juvenile-onset and adult-onset depression"
Arch Gen Psychiatry, 2002 Mar • 59(3):215-22
- Ref. [26] **ACQUAVIVA E, LEGLEYE S, AULELEY GR, DELIGNE J, CAREL D, FALISSARD BB**
"Psychotropic medication in the French child and adolescent population: prevalence estimation from health insurance data and national self-report survey data"
BMC Psychiatry, 2009 Nov 17 • 9:72.
- Ref. [27] **JUREIDINI JN, DOECKE CJ, MANSFIELD PR, HABY MM, MENKES DB, TONKIN AL**
"Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents"
BMJ, 2004 Apr 10 • 328(7444):879-83.
- Ref. [28] **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"
Lancet, 2004 Apr 24 • 363(9418):1341-5.
- Ref. [29] **HAMMAD TA, LAUGHREN T, RACOOSIN J**
"Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs"
Arch Gen Psychiatry, 2006 Mar • 63(3):332-9.
- Ref. [30] **BRIDGE JA, IYENGAR S, SALARY CB, BARBE RP, BIRMAHER B, PINCUS HA, REN L, BRENT DA**
"Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials"
JAMA, 2007 Apr 18 • 297(15):1683-96.
- Ref. [31] **GIBBONS RD, BROWN CH, HUR K, MARCUS SM, BHAUMIK DK, ERKENS JA, HERINGS RM, MANN JJ**
"Early evidence on the effects of regulators' suicidality warnings on SSRI prescriptions and suicide in children and adolescents"
Am J Psychiatry, 2007 Sep • 164(9):1356-63.
- Ref. [32] **JICK H, KAYE JA, JICK SS**
"Antidepressants and the risk of suicidal behaviors"
JAMA, 2004 Jul 21 • 292(3):338-43.
- Ref. [33] **HAZELL P, MIRZAIE M**
"Tricyclic drugs for depression in children and adolescents"
Cochrane Database Syst Rev, 2013 Jun.
- Ref. [34] **COHEN D, CONSOLI A, BODEAU N, PURPER-OUAKIL D, DENIAU E, GUILLE JM, DONNELLY C**
"Predictors of placebo response in randomized controlled trials of psychotropic drugs for children and adolescents with internalizing disorders"
J Child Adolesc Psychopharmacol, 2010 Feb • 20(1):39-47.

- Ref. [35] **MUFSON L, DORTA KP, WICKRAMARATNE P, NOMURA Y, OLFSON M, WEISSMAN MM**
"A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents"
Arch Gen Psychiatry, 2004 Jun • 61(6):577-84.
- Ref. [36] **BIRMAHER B, BRENT DA, KOLKO D, BAUGHER M, BRIDGE J, HOLDER D, IYENGAR S, ULLOA RE**
"Clinical outcome after short-term psychotherapy for adolescents with major depressive disorder"
Arch Gen Psychiatry, 2000 Jan • 57(1):29-36.
- Ref. [37] **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. [38] **EMSLIE GJ, KENNARD BD, MAYES TL, NIGHTINGALE-TERESI J, CARMODY T, HUGHES CW, RUSH AJ, TAO R, RINTELMANN JW**
"Fluoxetine versus placebo in preventing relapse of major depression in children and adolescents"
Am J Psychiatry, 2008 Apr • 165(4):459-67.
- Ref. [39] **STRINGARIS A, ZAVOS H, LEIBENLUFT E, MAUGHAN B, ELEY TC**
"Adolescent irritability: phenotypic associations and genetic links with depressed mood"
Am J Psychiatry, 2012 Jan • 169(1):47-54.

REQUÊTE ACTIVE VERS UNE BASE BIBLIOGRAPHIQUE

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR PUBMED

- Avec les mots-clés : [dépression & adolescent & phenomenology & treatment](#)

ARTICLES RÉFÉRENCÉS SUR GOOGLE SCHOLAR

- Avec les mots-clés : [dépression & adolescent & phenomenology & treatment](#)

AUTRES LIENS UTILES

- 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
- [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^{ème} 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/

David COHEN:

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