

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTE DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2020

THÈSE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Deuil et dépression de l'enfant : une perspective pédopsychiatrique

Présentée et soutenue publiquement le 1 juillet 2020 à 18h
au Pôle Formation
par **Angelo Molinaro**

JURY :

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Renaud JARDRI

Monsieur le Docteur Ali AMAD

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur François MEDJKANE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :
celles-ci sont propres à leurs auteurs

TABLE DES MATIERES

Abréviations.....	25
Introduction.....	26

Partie 1 : Présentation du cas clinique

I) <u>Synthèse pédopsychiatrique du cas clinique</u>	28
1) Histoire de la maladie.....	28
2) Mode de vie	28
3) Antécédents médicaux et psychiatriques	29
4) Situation clinique à l'entrée	29
5) Evolution dans le service	29
II) <u>Vignettes cliniques</u>	33
Première vignette	33
Deuxième vignette	36
Troisième vignette	39
Quatrième vignette	42
III) <u>Hypothèses psychopathologiques</u>	44

Partie 2 : Le deuil chez l'enfant

I) <u>Introduction</u>	45
II) <u>Description du phénomène de deuil chez l'enfant</u>	45
1) Les étapes du deuil chez l'enfant.....	45
a) Etat de choc	46
b) Vécu dépressif du deuil	46
c) Réorganisation face au deuil	49
2) Concept de mort chez l'enfant	50
3) Synthèse	53
4) Illustration clinique	53
III) <u>Hypothèses compréhensives</u>	55
1) Introduction	55

2)	Perspective psycho pathologique psychodynamique	55
a)	Travail de deuil chez l'enfant	55
b)	Synthèse	60
c)	Illustration clinique	60
3)	Perspective attachementiste	61
a)	Bowlby et les principes de la théorie de l'attachement	61
b)	Type d'attachement et gestion de la souffrance	62
c)	Synthèse	63
d)	Illustration clinique	64
4)	Perspective cognitiviste et de la gestion du stress	67
a)	Stratégies de coping et de gestion du stress	64
b)	Modèle d'ajustement en double processus	65
c)	Synthèse	66
d)	Illustration clinique	66
5)	Perspectives sociologique et culturelle	67
a)	Introduction	67
b)	Le rituel	68
i.	<i>Le rituel comme objet du deuil social</i>	68
ii.	<i>Le rituel comme régulateur social</i>	68
c)	Vers une nouvelle forme de régulation sociale du deuil	69
i.	<i>D'une éthique de la conformité à une éthique de la maîtrise</i>	69
ii.	<i>La médicalisation du deuil</i>	71
d)	Synthèse	72
e)	Illustration clinique	72
	Synthèse	73

Partie 3 : La dépression chez l'enfant

I)	<u>Introduction</u>	74
II)	<u>Abords nosographiques de la dépression chez l'enfant</u>	74
1)	Introduction	74
2)	CIM-10	74
a)	Rappel sur la CIM-10	75
b)	Troubles de l'humeur	76
c)	Diagnostic différentiel	77

	d)	Synthèse	77
	e)	Illustration clinique	78
3)	Le DSM 5		79
	a)	Rappel sur le DSM-5	79
	b)	La dépression comme trouble de l'humeur	79
	c)	Diagnostic différentiel	83
	d)	Synthèse	83
	e)	Illustration clinique	83
4)	La CFTMEA		84
	a)	Présentation de la CFTMEA	84
	b)	Place de la dépression dans la CFTMEA	85
	c)	Synthèse	86
	d)	Illustration clinique	86
III)	<u>Vers une sémiologie adaptée au champ de l'enfance</u>		86
	1)	Introduction	86
	2)	Description clinique	87
	3)	Synthèse	90
	4)	Illustration clinique	92
IV)	<u>Le suicide chez l'enfant</u>		94
	1)	Introduction	94
	2)	Définition	94
	3)	Crise suicidaire : définition et évaluation	95
	4)	Crise suicidaire : prise en charge	97
	5)	Lien entre dépression et suicide chez l'enfant	99
	6)	Synthèse	100
	7)	Illustration clinique	101
V)	<u>Hypothèses compréhensives de la dépression</u>		103
	1)	Introduction	103
	2)	Perspective psycho pathologique psychodynamique	103
	a)	Introduction	103
	b)	Cadre de fonctionnement psychique selon la classification de Bergeret.....	103

c)	Synthèse	104
d)	Illustration clinique	104
3)	Perspective attachementiste	107
a)	Théorie de l'attachement	107
b)	Théorie de l'attachement et dépression	107
c)	Synthèse	108
d)	Illustration clinique	108
4)	Perspectives systémiques	109
a)	Approche systémique : place et fonction du symptôme	109
b)	Approche systémique et dépression	110
c)	Synthèse	111
d)	Illustration clinique	111
5)	Perspectives neurobiologiques	112
a)	Introduction	112
b)	Apports de la neuroimagerie	112
c)	Apports génétique et biologique	114
d)	Synthèse	114
e)	Illustration clinique	115
	Synthèse	115

Partie 4 : Différence entre deuil et dépression chez l'enfant
--

I)	<u>Introduction</u>	117
II)	<u>Le deuil comme facteur de risque de troubles psycho-affectifs de l'enfant</u>	117
1)	Facteurs de risque associés au deuil de l'enfant	117
2)	Complications possibles à court et moyen terme du deuil	119
3)	Synthèse	121
4)	Illustration clinique	121
III)	<u>Deuil normal et deuil pathologique</u>	123
1)	Sur le plan des nosographies internationales et sur le plan clinique ..	123
a)	CIM 10	123
b)	Du DSM 4 au DSM 5	123
c)	Différentes formes de deuil complexes : éléments de repérages cliniques.....	127

d)	Synthèse	129
e)	Illustration clinique	131
2)	Sur le plan psychodynamique	132
a)	Présentation de deuil et mélancolie	132
b)	Concepts fondamentaux : différencions deuil et mélancolie	133
c)	Synthèse	134
d)	Illustration clinique	135
IV)	<u>Prise en charge</u>	136
1)	Introduction	136
2)	Accompagnement de l'enfant dans le processus de deuil	136
a)	L'enfant face au travail de deuil	136
b)	L'entourage familial : un étayage indispensable	138
c)	Soutenir l'entourage de l'enfant	140
<i>i.</i>	<i>Le milieu associatif</i>	<i>141</i>
<i>ii.</i>	<i>Place du monde médical</i>	<i>142</i>
d)	Synthèse	143
e)	Illustration clinique	144
3)	Prise en charge de la dépression de l'enfant	145
a)	Introduction et déroulement de la prise en charge	145
b)	Abords psychothérapeutiques	145
c)	Place du traitement médicamenteux	147
d)	Hospitalisation	153
e)	Synthèse	154
f)	Illustration clinique	155
	Conclusion	157
	Bibliographie	159
	Annexes	180

Abréviations

AACAP: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

AFFSSAPS : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

APA : American Psychiatric Association

BDNF : Brain Derived Neurotrophic Factor

CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent

CFTMEA-R : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
- Revisité

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico Psychologique

DSM : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

HAS : Haute Autorité de Santé

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de Sérotonine

NFS : Numération Formule Sanguine

SERT : Transporteur de la Sérotonine

TDAH : Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité

Introduction :

L'exercice pédopsychiatrique a pour objet l'évaluation, le diagnostic, le traitement et la prévention des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent.

La clinique, qui tient compte de la dynamique développementale de l'enfant, est très variable et donne souvent lieu à des tableaux polymorphes accentuant la difficulté à délimiter le normal du pathologique.

La mort et le deuil sont des réalités difficilement pensables surtout lorsqu'elles touchent un enfant [5]. Penser la réalité du deuil infantile nécessite d'envisager qu'un enfant puisse être touché par la perte d'un proche et que cette rupture de vie puisse avoir chez lui des conséquences [5].

La mort d'un parent peut plonger l'enfant dans une grande souffrance. L'expression et l'ampleur de cette souffrance peuvent parfois questionner quant à la présence d'un trouble pathologique de l'humeur type trouble dépressif.

La dépression peut en effet prendre la forme de présentations cliniques parfois trompeuses et responsables d'une errance diagnostique dont les conséquences peuvent être graves sur le fonctionnement global de l'enfant, tant sur le plan de sa socialisation que pour son inscription dans les apprentissages [45].

La limite entre la souffrance issue du deuil et la présence d'un trouble dépressif pathologique n'est pas évidente à identifier.

L'objectif de ce travail est de différencier le deuil de la dépression chez l'enfant.

Cette problématique nous paraît importante tant sur le plan clinique car il s'agit de deux entités différentes, l'une adaptative et l'autre pathologique, mais également sur le plan thérapeutique car elles impliquent des prises en charges différentes. Savoir les différencier l'une de l'autre implique donc un enjeu pronostique majeur notamment en tenant compte de la dimension développementale de l'enfant.

Nous aborderons plus spécifiquement dans notre travail, le deuil d'un parent.

Afin de répondre à cette problématique, nous proposons dans un premier temps de présenter un cas clinique puis de développer chacun des deux sujets : d'un côté le deuil et de l'autre la dépression, avant de les comparer, de les différencier et de proposer des pistes de prise en charge.

Pour cela nous nous appuyons sur une revue de la littérature qualitative. Devant la grande variabilité des termes utilisés en population pédiatrique et devant le peu de recherche portant sur le sujet du deuil chez l'enfant, nous avons ainsi sélectionné les publications jugées les plus pertinentes pour alimenter la réflexion soulevée par ce travail.

De plus, les différents éléments cliniques seront discutés dans chaque partie afin d'illustrer une réflexion théorico-clinique à propos de la différence entre le deuil et la dépression chez l'enfant.

I) Synthèse pédopsychiatrique de l'hospitalisation

1) Histoire de la maladie

Nathan, 8 ans, est adressé au service d'urgence pédiatrique pour verbalisation d'idées suicidaires scénarisées par précipitation à ses pairs et à la directrice de son école.

Il est accompagné par sa maman et bénéficie d'un entretien avec l'équipe d'urgence psychiatrique de l'enfant et l'adolescent.

Lors de l'entretien sont constatés un fléchissement thymique ainsi qu'une agitation psychomotrice importante qui rendent difficile le contact avec lui, qui ne répond que de façon évasive et laconique. Selon sa maman, les idées suicidaires sont fluctuantes depuis un an environ.

Lors de l'entretien, elles sont présentes, non scénarisées et sans velléité de passage à l'acte. Au vu de la situation, un retour à domicile est convenu avec surveillance accrue de la part de la maman et avec un rendez-vous de réévaluation, notamment du risque suicidaire, programmé dans 48 heures.

Lors de l'entretien 48 heures après, Nathan présente une persistance d'idées suicidaires qui sont de plus en plus envahissantes avec velléité de passage à l'acte. Devant l'aggravation du risque suicidaire, une hospitalisation est proposée afin de mettre à distance la crise suicidaire. L'annonce de ce projet d'hospitalisation provoque alors chez lui une agitation aiguë au cours de laquelle il peut verbaliser plusieurs idées suicidaires. Après une prise en charge anxiolytique associant enveloppement sec et réassurance, Nathan s'apaise et paraît en mesure d'accepter l'hospitalisation de façon passive.

2) Mode de vie

Nathan vit au domicile avec ses frères et sœurs et sa mère.

Son père est décédé brutalement dans un accident de moto il y a 4 ans, Nathan était alors âgé de 5 ans.

Il est scolarisé en classe de CM1 ordinaire.

3) Antécédents médicaux et psychiatriques

Concernant ses antécédents, Nathan a été hospitalisé il y a un an et demi, pendant une semaine, en pédopsychiatrie dans un contexte d'idées suicidaires. Au décours de cette hospitalisation, il a bénéficié d'un suivi ambulatoire sur son CMP de secteur. Ce suivi, très irrégulier, est interrompu au bout d'un an à la demande de Nathan et de sa maman.

Il bénéficie également d'un traitement par Atarax 10 mg trois fois par jour depuis un mois, initié par son médecin traitant.

4) Situation clinique à l'entrée

A son entrée dans le service, Nathan est accompagné de sa maman. Il est calme mais reste fermé et mutique lors de l'entretien manifestant son opposition aux soins. Les échanges qu'il a avec sa maman sont particulièrement tendus, Nathan étant dans une opposition verbale importante.

Lorsque nous le revoyons seul, nous retrouvons une instabilité psychomotrice importante et Nathan verbalise de façon brève une tristesse de l'humeur. Il se montre très préoccupé quant à la durée de l'hospitalisation et met en lien sa tristesse avec le fait d'être séparé de sa maman.

5) Evolution dans le service :

- Examen clinique d'entrée et bilan biologique

L'examen clinique d'entrée est sans particularité. Le bilan biologique comprenant NFS, ionogramme, bilans hépatique, lipidique, thyroïdien, phosphocalcique, est normal.

- Entretiens médicaux avec Nathan

Au cours des différents entretiens, la clinique de Nathan est marquée par une forte agitation psychomotrice associée à une impulsivité. Ainsi, il ne peut rester assis sans bouger, coupe la parole à son interlocuteur, et son attention est labile. Ces éléments entravent la rencontre avec Nathan dont les affects et le vécu restent difficiles d'accès.

Il pourra néanmoins confier se sentir triste parfois, sentiment qu'il met en lien avec des disputes fréquentes avec son frère au domicile. Il évoque également, mais de façon évasive, le manque de son père, le traumatisme de son décès ainsi que les décès récents et successifs de son grand-père maternel et de sa grand-mère paternelle il y a quelques mois.

Il peut également nous confier faire très peu de choses en dehors de l'école, hormis le fait de jouer avec son chat, qui lui a été offert par son père. Il présente également une passion pour la moto.

Les idées suicidaires qui étaient présentes à l'entrée s'intègrent dans une dimension relationnelle forte et interviennent majoritairement dans les situations de frustration. Ces dernières font également émerger chez Nathan des attitudes de provocation et d'opposition importantes à l'égard de sa maman.

Par ailleurs, son discours est resté cohérent et nous n'avons observé aucun élément du registre psychotique : pas de désorganisation ni d'élément hallucinatoire ou délirant.

- Conduites instinctuelles

Nathan présente des troubles du sommeil à type de difficultés d'endormissement associés à de nombreux réveils nocturnes et cauchemars plusieurs fois par semaine où il peut notamment voir son père mort. Son heure d'endormissement se situe vers 23h30 avec une heure de levée vers 6h.

Au début de l'hospitalisation, le moment de l'endormissement est particulièrement compliqué pour Nathan qui pleure beaucoup et réclame sa maman. Chaque nuit, l'équipe soignante passe un temps de réassurance avec lui ce qui contribuera à atténuer ses difficultés d'endormissement par la suite.

L'alimentation est conservée.

- Evolution dans le service et dans les activités thérapeutiques

Nathan s'est adapté progressivement au cadre de l'hospitalisation. Les premiers jours ont été marqués par une grande difficulté à supporter la séparation d'avec sa maman, avec des pleurs fréquents et difficilement consolables. L'intégration avec ses pairs a néanmoins été plutôt bonne et Nathan a pu participer activement aux différents ateliers thérapeutiques proposés. Dans ces espaces, il se dévalorise à plusieurs reprises : « Je suis nul » et qualifie ses dessins de « bonhomme moche » et a tendance à complimenter le travail des autres enfants tout en disqualifiant le sien. Il a également été relevé des difficultés de concentration.

- Entretiens familiaux

Lors des entretiens familiaux, la maman de Nathan nous explique qu'elle assume seule l'éducation de ses enfants depuis le décès de son époux. A la maison, elle rapporte une irritabilité ainsi que des comportements d'opposition et de provocation chez son fils ainsi que des difficultés à respecter le cadre éducatif. Ainsi, Nathan insulte régulièrement sa mère et peut fuguer du domicile lorsqu'il est en colère.

Elle peut également nous dire que les relations entre Nathan et son frère sont souvent conflictuelles.

De plus, la famille envisage d'emménager dans la maison qu'ils avaient commencé à faire construire avec le père de Nathan et qui doit se terminer prochainement.

Elle peut également nous interpeller sur le fait que les différents symptômes de Nathan se sont installés progressivement depuis le décès de son papa, bien qu'il soit décrit comme un enfant ayant toujours présenté une instabilité motrice.

Elle nous précise qu'elle trouve son fils « encore plus agité » depuis le décès de son grand-père maternel et celui de sa grand-mère paternelle il y a quelques mois.

Elle rapporte les difficultés scolaires de Nathan, qui ne tient pas en place à l'école et est en difficulté pour se faire des copains puisqu'il a facilement des rapports conflictuels avec ses pairs et les interpelle souvent autour des problématiques suicidaires. Ses résultats scolaires sont également en baisse depuis le début d'année scolaire 2018.

La maman de Nathan peut également nous faire part des difficultés personnelles qu'elle a pu rencontrer après le décès de son mari et explique avoir été beaucoup moins disponible pour ses enfants, notamment lors de la première hospitalisation de Nathan.

Elle est en demande d'aide sur le plan éducatif. Une note est envoyée aux services sociaux du secteur afin d'appuyer cette demande de soutien éducatif.

- Hypothèses diagnostiques et propositions thérapeutiques

Un traitement par Atarax 25 mg deux fois par jour est initié en si besoin dès le début de l'hospitalisation. Nathan utilisera cette médication principalement au début de l'hospitalisation, essentiellement au coucher.

Devant ce tableau clinique, nous évoquons deux hypothèses diagnostiques principales : celle d'un trouble déficit de l'attention avec hyperactivité compliqué d'un épisode dépressif secondaire à un deuil et celle d'une dépression de l'enfant dans un contexte de deuil, les éléments d'instabilité psychomotrices pouvant s'intégrer à l'état dépressif.

Dans ce contexte, un essai thérapeutique par Ritaline 10 mg matin et midi est initié pendant 3 jours. Devant l'absence de modification significative de la symptomatologie hyperactive sur le plan clinique, le traitement n'est pas poursuivi.

Un traitement par Prozac 10 mg est alors initié. Celui-ci est bien toléré et est majoré à 20 mg par jour.

- Suite de l'hospitalisation

Dix jours après l'introduction du traitement antidépresseur, nous constatons une amélioration du contact avec Nathan qui se montre moins défensif en entretien et aussi plus sensible au recadrage.

Il investit alors mieux les entretiens à travers une meilleure verbalisation qui nécessite néanmoins le besoin fréquent d'être soutenue et accompagnée.

Une amélioration a également été constatée sur le plan du sommeil, avec notamment moins d'anxiété à l'endormissement et un temps de sommeil augmenté.

Nous relevons également un amendement des troubles du comportement lors des permissions.

Lors de l'hospitalisation, un lien a également été établi avec les précédents référents de Nathan au CMP afin d'anticiper la poursuite du suivi en ambulatoire. Ils ont pu rencontrer Nathan à deux reprises.

Face à l'évolution favorable de la symptomatologie, une sortie est réalisée. Nous convenons d'organiser des hospitalisations séquentielles pour Nathan afin de réévaluer l'évolution de la symptomatologie ainsi que la tolérance et l'efficacité du traitement anti dépresseur.

- Conclusion de l'hospitalisation

Au total, Nathan a été hospitalisé pour prise en charge de la crise suicidaire et évaluation diagnostique et thérapeutique de troubles du comportement. L'hypothèse diagnostique retenue est celle d'une dépression agitée de l'enfant dans un contexte de deuil non résolu. Un traitement par antidépresseur a été initié au cours de l'hospitalisation. Nathan bénéficie

à sa sortie d'un suivi pédopsychiatrique et psychologique sur le CMP de son secteur et une hospitalisation est programmée un mois et demi après sa sortie.

II) Vignettes cliniques

Plusieurs illustrations du vécu de Nathan et de sa famille au cours de son hospitalisation sont présentées dans cette sous-partie.

Ces vignettes cliniques non exhaustives retracent les moments marquants que j'ai pu partager dans l'accompagnement de Nathan et de sa famille lors de l'hospitalisation et représentent un support de choix pour les différentes hypothèses étiopathogéniques qui en découlent.

Elles permettent de mettre en perspective les symptômes de Nathan en fonction de son histoire de vie et de voir comment est-ce que ces symptômes peuvent prendre sens.

Ce matériel clinique sera rediscuté au fur et à mesure tout au long du travail de thèse.

- **1^{ère} vignette clinique**

Au cours d'un entretien familial que l'on avait prévu de faire dans les suites d'une permission après trois semaines d'hospitalisation, le PH sénior, Nathan, sa maman et moi-même sommes autour de la table, pour discuter du déroulement de cette permission.

Il est convenu avec mon chef que nous menons en binôme cet entretien.

La maman de Nathan nous raconte que la permission de cet après-midi au centre commercial s'était bien déroulée ; Nathan a pu s'amuser seul dans un premier temps puis avec d'autres enfants sans débordement dans des jeux en plein air et dans un château gonflable.

Pendant ce premier temps, Nathan interrompt à plusieurs reprises les échanges que nous avons et coupe fréquemment la parole à sa maman comme pour capter son attention. Elle tente tant bien que mal de le recadrer. Mon chef et moi essayons également à plusieurs reprises de recadrer Nathan par rapport à ses prises de paroles.

Mon chef annonce alors qu'au vu du bon déroulement de la permission cela renforce l'idée d'une sortie la semaine suivante.

Cette annonce ne semble pas satisfaire sa mère qui donne l'impression de ne pas être confiante. Elle nous explique que malgré le fait que la permission se soit bien déroulée, elle n'est pas représentative du comportement de son fils à la maison.

Devant cette angoisse il me paraît alors important de pouvoir la rassurer et de lui indiquer que nous continuerons à suivre Nathan notamment avec des hospitalisations programmées pour évaluer son humeur et l'efficacité du traitement et qu'en attendant cette hospitalisation un suivi sur le CMP sera assuré quelques jours après la sortie.

Pendant cette partie de l'entretien Nathan continue de couper la parole à sa maman en l'interpellant sur le fait qu'il allait bientôt sortir : « Il ne me reste plus que trois dodos avant la sortie », « quand je vais sortir j'irai refaire de la moto avec tonton » et semble, en tout cas en apparence, ne pas nous écouter.

Mon chef l'interpelle alors pour lui réexpliquer le projet d'hospitalisation programmée dans un mois et demi pour refaire le point sur comment il va.

A ce moment-là, Nathan semble plus présent et concentré sur ce qui se passe.

Il reformule : « Ça veut dire que je devrais revenir ici dans un mois et demi ? ». Nous acquiesçons.

Il commence alors à regarder sa maman et lui dire qu'il refuse et qu'il ne viendra plus jamais à l'hôpital.

Sa mère lui répond que c'est une décision des médecins et que c'est pour son bien. Nathan ne veut pas entendre raison et il continue à rester dans l'opposition vis-à-vis de cette décision mais uniquement envers sa maman.

Mon chef reprend le fait que nous sommes inquiets pour lui, qu'il va être important de pouvoir surveiller son humeur et ses émotions et que c'est une décision des médecins. Nathan nous ignore totalement et ne fait que s'adresser à sa mère. Celle-ci continue de lui expliquer qu'elle est inquiète pour lui surtout à la maison et que c'est très important qu'il puisse être revu par les médecins.

Le ton commence à monter très vite du côté de Nathan et avec mon chef, nous essayons d'apaiser l'échange qui prend une tournure de plus en plus tendue.

A un moment, Nathan se lève brutalement et commence à insulter sa mère de façon très violente avec des phrases comme « J'en ai marre, je veux que tu pleures et que toi aussi tu sois triste ». Ces phrases provoquent des larmes chez celle-ci.

Nathan lui rétorque alors très froidement « Vas-y pleure, je veux que tu pleures, tu vois ce que ça fait de pleurer et d'être triste, regarde-moi je rigole quand je te vois comme ça »

Mon chef prend alors la décision d'arrêter l'entretien et explique alors qu'au vu de ses éléments nous différons probablement la sortie plus tard que prévu car Nathan n'est pas en mesure de pouvoir sortir. Il se met alors à retourner la table en hurlant qu'il ne veut plus rester dans le service.

Cette explosion d'agressivité nous sidère pendant quelques secondes.

Ce qui me marque profondément est la violence verbale brutale dirigée contre sa mère et toute la colère qu'il pouvait avoir en lui. Comme si la moindre frustration était susceptible de provoquer une réaction explosive aussi bien sur le plan verbal que sur le plan comportemental. Je comprends que de tels comportements puissent être difficilement contenus par sa mère au domicile.

Je me suis alors permis d'ouvrir la porte de la salle d'entretien et d'appeler un infirmier en renfort pour le contenir. Je l'ai ensuite contenu physiquement en le serrant contre moi et en lui expliquant que l'entretien était trop compliqué pour lui et qu'il avait besoin qu'on puisse l'éloigner de tout ça pour le moment.

Je le rassure également en lui disant que nous comprenons qu'il puisse être en colère mais qu'il faut qu'il puisse s'apaiser.

Nathan ne se débat pas mais continue à hurler des insultes à sa mère. J'indique à l'infirmier de préparer une médication per os pour pouvoir l'apaiser.

Nous l'installons dans la salle d'apaisement du service.

Je lui explique que je vais le lâcher mais que je reste présent pour l'aider à se poser.

A peine l'ai-je lâché que Nathan se met à pleurer et demande à voir sa maman ; il crie dans la salle comme s'il s'adresse à elle directement : « je t'aime maman ne m'abandonne pas, je suis vraiment désolé, je m'excuse, je ne voulais pas être méchant ».

« Tu sais je n'arrive pas à me contrôler, c'est plus fort que moi la colère » dit-il entre deux sanglots.

Je le rassure en lui disant de ne pas s'en faire, que ça maman l'aime toujours et qu'elle ne l'abandonnera pas, mais qu'il faut qu'il puisse se calmer avant tout.

Il demande s'il peut voir sa maman mais je lui explique que ce n'est pas possible au vu de ce qu'il vient de se passer.

Il essaye alors de marchander avec moi pour un retour à domicile plus rapide, je lui réexplique que ce n'est pas pour le punir qu'on envisage de poursuivre l'hospitalisation mais parce que nous sommes inquiets pour lui et que c'est trop difficile de rentrer à la maison vu toutes les émotions qu'il a en ce moment.

Nathan continue à pleurer pendant cinq minutes environ mais ne projette plus aucune violence. Il paraît surtout inquiet de ce que sa mère peut ressentir à ce moment-là et semble très touché par ce débordement de colère dont il a fait preuve.

Pendant ce temps je continue à le rassurer par des paroles. Je lui propose le traitement per os en lui expliquant que ça l'aidera à se détendre un peu. Il me questionne « si je le prends je peux rentrer à la maison plus vite », je lui réponds que non mais que ça l'aidera à être un peu moins en colère. Il accepte finalement de le prendre.

Nous le laissons en salle d'apaisement quelques minutes puis nous revenons le voir. Il est moins triste et beaucoup plus calme. Je lui explique qu'il pourra parler à sa maman ce soir au téléphone avec un soignant du service. Cela semble le rassurer.

- **2ème vignette clinique**

Il s'agit d'un entretien familial après 10 jours d'hospitalisation ; c'est le troisième temps que nous prenons avec la maman de Nathan.

Mon chef ainsi qu'un infirmier sont également présents. La maman de Nathan est assise en face de nous sur un des fauteuils de la salle d'entretien pendant que Nathan est assis à côté d'elle mais ne la regarde pas.

L'entretien commence par une des questions classiques : « Comment trouvez-vous Nathan aujourd'hui madame ? »

Elle nous répond qu'elle le trouve encore très fermé lors des visites et que cela ne change pas de sa présentation actuelle à la maison malgré les jeux qu'elle lui ramène sur les temps de visite dans le service. Elle paraît fatiguée.

Mon chef lui pose alors une question qui prend selon moi tout son sens à savoir comment cela se passait à la maison depuis le décès de son mari.

Après un léger temps de latence, elle nous répond un « ça va mais ce n'est pas simple tous les jours » sans argumenter.

Pendant ce temps Nathan s'était mis par terre à regarder sous les fauteuils. Je le rappelle alors à l'ordre et lui demande de s'asseoir. Sa mère, qui d'habitude appuie nos paroles ne réagit pas et semble dans ses pensées à réfléchir à la question de mon chef.

Mon chef s'autorise alors à lui demander « Quelles sont les difficultés au quotidien ? »

Elle nous dit que le quotidien n'est pas simple à gérer, qu'entre son travail et les enfants cela lui demande beaucoup d'énergie.

J'ai l'impression qu'elle se retient de nous parler de son vécu, peut-être par peur d'être débordée par les émotions devant son fils. Il me paraît néanmoins important de savoir comment cela se passe concrètement à la maison depuis ces quatre années écoulées même si je peux imaginer à quel point cela devait être très difficile pour elle d'avoir à gérer son deuil et d'être en même temps disponible pour celui de ses enfants.

Elle semble donner le change en apparence même si je suppose qu'elle est en réalité dépassée par les événements, surtout au vu des troubles du comportement de Nathan qu'elle nous a rapportés.

Nathan s'était à nouveau mis par terre pour regarder sous le fauteuil comme si nous ne lui avions rien dit. Je lui répète de s'asseoir mais il m'ignore.

Mon chef demande alors à sa maman « J'ai l'impression que c'est parfois compliqué pour vous de parler à Nathan, je me trompe ? »

Après un nouveau temps de latence marqué, elle semble alors lâcher prise soudainement en expliquant que c'est en réalité très compliqué pour elle depuis la mort de son mari ; qu'elle a beaucoup de mal à échanger avec ses enfants et notamment avec Nathan car elle a l'impression qu'il « est toujours dans son monde ».

Elle nous explique qu'au début Nathan semblait plus présent quand elle lui parlait de son père ou d'autres choses mais qu'avec le temps il se met en colère beaucoup plus vite et qu'il peut piquer des crises de colère à la moindre frustration. Elle rajoute que la situation a vite dérapé sans savoir vraiment pourquoi.

Elle continue en nous disant qu'entre son travail et tout ce qu'elle doit gérer à la maison, elle essaye de trouver du temps pour passer des moments aussi bien avec Nathan seul qu'avec ses frères et sœurs mais que ce n'est pas toujours facile pour elle d'y arriver.

Elle reconnaît que cela ne doit pas être facile pour son fils qui, en plus du décès de son père, a dû faire face ces trois derniers mois aux décès de son grand-père maternel et de sa grand-mère paternelle, mais qu'il est dans l'évitement à chaque fois qu'elle essaye de lui parler.

Elle explique vouloir tout faire pour l'aider mais admet devant nous être dépassée par la situation et ne plus savoir quoi faire.

Elle rajoute par ailleurs mal vivre le fait de s'être disputé avec son mari la veille de son décès sans pour autant nous préciser les raisons de cette dispute.

Elle reconnaît n'avoir sans doute pas fait le deuil de son mari et qu'elle doit en plus faire le deuil de son père décédé récemment. Elle rajoute qu'elle n'a cependant pas d'autre choix que de continuer à travailler et « faire avec ».

Elle insiste néanmoins sur le fait que, cette fois ci, elle fera tout pour que l'hospitalisation actuelle de Nathan puisse l'aider au mieux car à la maison son comportement est devenu vraiment ingérable notamment avec ses fugues et ses crises de colère. Ses propos renvoient sans doute à la précédente hospitalisation de Nathan qui n'avait duré qu'une semaine.

Elle rajoute être également très peinée de voir que Nathan et son frère se disputent de plus en plus régulièrement pour des « broutilles ».

Nathan, qui est toujours par terre, lui dit alors que c'est toujours son frère qui commence les disputes et que lui n'y est pour rien. Sa mère lui explique alors qu'elle n'est pas là pour savoir qui commence les histoires mais qu'ils doivent arrêter de se disputer tout le temps.

L'intervention de Nathan, confirme bien le fait que malgré son agitation il reste réceptif à tout ce qui se passe autour de lui.

Madame ne pleure pas pendant ces explications mais l'émotion est présente. Elle donne l'impression, comme chez Nathan, d'un vécu émotionnel intériorisé et qui a besoin d'être soutenu pour être verbalisé. Je me demande à ce moment si elle bénéficie elle-même d'un

accompagnement, non seulement par rapport aux deuils respectifs de son mari et de son père mais également pour la soutenir dans le quotidien.

Face à la remarque de Nathan, mon chef prend le temps de reprendre ce que sa mère vient de nous dire : « Tu vois Nathan, maman nous explique que depuis le décès de papa, c'est compliqué pour elle aussi et qu'elle ressent tout plein d'émotions mais c'est tout à fait normal de ressentir ça ; j'ai l'impression que toi aussi tu ressens tout plein d'émotions et que c'est aussi compliqué pour toi, tu es d'accord ? »

Nathan lui répond alors : « Bon c'est quand qu'on va jouer au ping-pong là ? »

- **3ème vignette clinique**

Il s'agit d'un des entretiens médicaux réalisé avec Nathan lors de sa cinquième semaine d'hospitalisation.

Nous sommes tous les deux dans une des salles d'entretien. Je lui propose de faire chacun un dessin. Il accepte avec un certain enthousiasme.

Comme à son habitude, il commence à dessiner une moto.

Je lui demande alors :

« Tu aimes bien les dessins animés ? »

« Oui »

« Tu aimes quoi comme dessins animés »

« Un peu tout »

« Des dessins animés rigolos ? »

« Oui par exemple »

Cela semble difficile d'avoir des réponses moins laconiques.

« Tu aimes bien les Disney ? »

« Ouais ça va. Récemment j'ai vu Coco »

Coïncidence ou pas, il aborde spontanément un film d'animation Disney que j'avais également vu, retraçant le parcours d'un enfant plongé dans le monde des morts et qui est confronté à ses ancêtres. Je saisis immédiatement la perche.

Je lui demande alors :

« Tu as vu ce film ? Alors tu l'as aimé ? »

« Oui il était bien, mais c'est pas le plus rigolo des films en fait »

« Pourquoi ? »

« Ben quand Coco meurt à la fin ça fait bizarre »

« Tu veux dire que c'est un peu triste ? »

« Ben oui c'est normal d'être triste parce qu'elle meurt »

« Toi ça t'arrive d'être triste ? »

« Oui », me répond-il sans lever les yeux de son dessin

« Et même de pleurer quand tu es triste ? »

« Ben oui plein de fois, mais je ne le montre pas »

« Pourquoi ? »

« Parce que c'est la honte vis à vis des gens qui sont morts ça ne se fait pas. Je pleure parfois seul le soir en pensant à mon papa quand il me manque »

« Tu sais ce n'est pas la honte d'être triste et ni de pleurer, c'est une façon de faire sortir la tristesse de toi »

Il ne relève pas.

Je reprends alors :

« Ça arrive à tout le monde d'être triste tu sais, même les grands et surtout quand quelqu'un d'important meurt, et c'est important de faire sortir cette tristesse, sinon elle reste à l'intérieur et ça devient trop difficile à porter »

Toujours pas de réponse. J'ai l'impression qu'il vaut mieux revenir sur le support du film d'animation.

« Et Paco tu as vu il va dans le monde des morts pour retrouver son ancêtre, tu penses que c'est possible toi de faire ça ou ça arrive juste dans les histoires ? »

« Je ne sais pas mais je pense pas »

« Non en effet tu as raison ce n'est pas possible, une fois qu'une personne est morte on ne peut plus la revoir mais on peut encore continuer à penser très fort à elle et garder en soi tous ses souvenirs »

« Ben moi des fois je parle le soir avant de dormir avec mon papa »

« C'est important pour toi ? »

« Ben oui je ne veux pas l'oublier »

« Tu as raison mais ne t'en fais pas tu ne vas pas l'oublier et c'est important que tu puisses penser à lui de temps en temps »

Nathan est en train de finir sa moto. Je lui propose de dessiner un bonhomme à côté de sa moto. Il accepte. Je reprends alors notre discussion sur le dessin animé.

« Tu as vu la famille de Paco au début, ils ne veulent pas qu'il joue de la musique, tu penses qu'ils ont raison ? »

« Au début ils disent non mais à la fin ils comprennent que c'est important pour lui »

« Ils ont raison, et toi qu'est ce qui est important pour toi ? »

« La famille c'est important pour moi, comme pour Paco »

Cette réponse me surprend grandement car je m'attendais plus à ce qu'il me dise « la moto » ou « mon chat » comme à son habitude.

« C'est vrai la famille c'est important pour toi ? »

« Oui »

« Et pourquoi ? »

« Je sais pas »

« Tu aimes fort ta famille ? »

« Oui, ma maman, mon frère, mes sœurs et même mon papa, parce qu'il fait toujours partie de ma famille »

« Tu les aimes plus que la moto ? »

« Oui »

Le discours me paraît authentique. Nathan est calme et continue à dessiner.

« Tu as raison c'est important la famille. Tu leur as déjà dit qu'ils sont importants pour toi ? »

« Pas besoin ils le savent déjà »

« Ah bon ? Comment ils peuvent le savoir si tu ne leur as jamais dit ? »

« Je ne sais pas »

« C'est important que tu puisses leur dire »

Pas de réponse.

« Tu ne penses pas ? »

Toujours pas de réponse.

Il m'amène alors vers un autre sujet comme pour signifier ne plus avoir envie de parler de cela avec moi. Je préfère ne pas insister.

« J'ai fini mon dessin »

« Alors montre-moi ton bonhomme, dis donc il est beau ! »

« Moi je trouve pas, je trouve que le tien est meilleur ».

- **4ème vignette clinique**

Il s'agit du dernier entretien médical que je fais avec Nathan.

J'avais déjà expliqué à Nathan lors des deux derniers entretiens qu'aujourd'hui serait le dernier entretien qu'il aurait avec moi.

Un soignant du service m'accompagne également ce jour-là.

« Alors Nathan, tu es content de rentrer chez toi dans deux jours ? »

« Oui très très content »

« Oui j'imagine ! Tu vas faire quoi quand tu vas rentrer chez toi ? »

« Jouer avec mon chat, un peu à la console et refaire du vélo. »

« D'accord c'est un chouette programme ça. Et tu vas continuer à faire des grosses colères à la maison où à partir sans prévenir personne ? »

« Non »

« Ah bon ? Pourquoi ? »

« Parce que sinon je reviendrai plus vite à l'hôpital et j'ai pas envie »

« Tu as raison mais tu te souviens bien que tu dois revenir dans un mois et demi pour qu'on puisse revoir comment tu vas »

« Oui je sais. Et je sais que si jamais je vais bien je reste que deux semaines. »

Cette réflexion renforce l'impression que j'ai sur le fait que le temps est un repère très important pour cet enfant. Depuis le début de l'hospitalisation, quasiment tous nos entretiens commençaient par le nombre de jours qu'il lui restait à passer avant sa sortie. Il m'interpelle alors :

« Mais est-ce que ça sera toi qui sera mon médecin quand je reviendrai ? »

« Non car je ne travaillerai plus ici »

« Pourquoi ? »

« Comme je te l'ai déjà expliqué, je vais aller travailler dans un autre service avec d'autres enfants »

« Des enfants qui ont des difficultés aussi ? »

« Oui exactement »

« Donc ce n'est pas toi qui vas revoir mon traitement ? »

« Non en effet ce sera un autre docteur »

« Et tu ne pourras pas revenir juste pour qu'on rejoue une fois au ping-pong ensemble ? »

« Non ça ne va pas être possible, mais ne t'inquiète il y aura d'autres médecins qui pourront jouer avec toi et surtout qui pourront bien s'occuper de toi »

Plus il me pose ses questions et plus il se met à gigoter sur son fauteuil.

« Et tu es sûr que tu ne pourras pas venir me voir sur le CMP ? »

J'ai l'impression que ce dernier entretien mobilise beaucoup de choses chez lui. Comme chez moi d'ailleurs, nous faisons des entretiens au moins une fois tous les deux jours depuis sept semaines. Les au revoir semblent mobiliser beaucoup de choses chez Nathan qui s'interroge sur le devenir du lien que nous avons pu créer durant cette hospitalisation.

« Non je ne pourrai pas venir te voir au CMP mais tes référents que tu connais bien continueront à te voir là-bas, et la prochaine fois que tu viendras à l'hôpital je demanderai de tes nouvelles à mes collègues médecins »

« C'est dommage » me dit-il

« Pourquoi ? »

« Parce qu'on s'amusait bien ! » lâche-t-il spontanément.

Il reprend.

« Donc là c'est un au revoir pour toujours ? »

« Normalement je ne pense pas qu'on devrait se revoir mais on ne sait jamais on se recroisera peut-être un jour mais il ne faut pas que tu t'inquiètes, les prochains docteurs qui seront là vont très bien s'occuper de toi et bien regarder ton traitement »

« On peut se serrer la main ? »

« Oui bien sûr, au revoir Nathan, prend bien soin de toi »

Même si je vois que ce moment n'est pas facile pour lui, mon impression est que l'échange que nous avons eu lui a permis d'exprimer et de poser les choses.

Il sort de la salle et retourne avec un groupe d'enfants.

III) Hypothèses cliniques et psychopathologiques

Ce cas clinique nous interpelle sur une problématique de fond à savoir : sommes-nous face à un deuil ou face à une dépression de l'enfant ? Notre hypothèse clinique principale est que Nathan souffre d'un trouble dépressif.

Dans le cadre de ce travail, nous pouvons émettre plusieurs hypothèses compréhensives sous tendant ce tableau clinique au rang desquels des hypothèses développementale, attachementiste, psychopathologique psychodynamique et systémique.

Le matériel clinique à savoir la synthèse pédopsychiatrique et les vignettes cliniques, sera rediscuté au fur et à mesure tout au long du travail.

I) Introduction

En français les mots « deuil » et « douleur » sont issus du verbe latin dolere qui signifie souffrir [1].

Dans cette partie, nous proposons d'apporter des éléments de compréhension quant au déroulement du travail de deuil chez l'enfant.

Cependant, le mot deuil est ambivalent : il renvoie en effet à deux choses distinctes mais qui peuvent parfois se superposer : d'une part une réaction affective d'expression de la tristesse et d'autre part un processus psychologique de tentative ou de réalisation de dépassement d'un vécu douloureux et potentiellement psycho traumatique.

Nous allons dans un premier temps décrire ce phénomène de deuil chez l'enfant et l'articuler avec une perspective développementale.

Dans un deuxième temps nous détaillerons les points de vue de différents modèles théoriques explicatifs qui nous donnent, chacun, un éclairage différent par rapport au phénomène de deuil chez l'enfant. Nous tenterons également de comprendre comment chacune de ces hypothèses compréhensives se positionne par rapport à l'ambivalence soulevée par le mot deuil.

II) Description du phénomène de deuil chez l'enfant

1) Les étapes du deuil chez l'enfant

L'intérêt concernant le deuil chez l'enfant est récent et a été débattu dans la deuxième moitié du 20ème siècle. Historiquement les recherches sur le deuil de l'enfant se sont focalisées sur un phénomène limité dans le temps et décomposé en étapes définies et obligatoires qui s'accordent avec les modèles théoriques.

En s'inspirant des travaux de René Spitz sur la dépression anaclitique et l'hospitalisme, John Bowlby fut un des pionniers concernant les spécificités pédiatriques du deuil, en établissant un modèle en trois temps : aspiration et recherche, désorganisation et réorganisation [2] [3]. Lindemann choisit également de décliner le travail de deuil en trois temps : choc et déni, dépression et la résolution

Il s'agit plus d'un processus psycho affectif global pour l'enfant qu'une stratification pointue

et rigide.

1.a) État de choc

La sidération mentale fait généralement suite à l'annonce du décès. Elle s'accompagne de l'arrêt des fonctions psychiques et est entendue comme une défense mentale visant dans un premier temps à empêcher l'intégration de la dure réalité de la perte [4]. Elle se caractérise par deux types de manifestations, souvent automatiques, exprimant ce refus de la réalité [4]:

-les réactions de blocage : un état de prostration pouvant s'accompagner de paralysie, mutisme, effondrement ou encore des gestes automatiques.

-ou au contraire des réactions de fuite : courir, mouvements d'échappement/ précipitation sur les lieux où se trouvait et où se trouve encore le défunt. Des gestes agressifs envers le donneur de l'information peuvent également être observés.

Un état d'engourdissement mental et physique entrave les sensations et les perceptions du sujet qui devient imperméable à l'environnement. Le stress est dû, ici, au débordement des capacités cognitives car il soumet l'enfant à la pression d'une information totalement nouvelle et toujours à une rupture brutale [4].

L'enfant sait qui il vient de perdre, mais comme le précise Michel Hanus, il ne sait pas encore ce qu'il a perdu en le perdant [5].

1.b) Vécu dépressif du deuil

Après une phase de sidération, l'enfant se confronte au vécu dépressif du deuil où la révolte et la colère laissent progressivement place à l'abattement de la réalité [4].

Malgré la terminologie de « symptômes », parfois utilisée pour décrire les manifestations cliniques consécutives au vécu de deuil, il est important de noter que ceux-ci ne sont pas pathologiques et s'intègrent plus dans une dimension réactionnelle et adaptative.

- Sur le plan comportemental

La souffrance de l'enfant est au cœur de ce vécu dépressif. Mais l'expression de cette souffrance sera différente de celle de l'adulte. En fonction de son âge, l'enfant n'a pas toujours une élocution suffisante pour s'exprimer clairement et mettre des mots sur tous ses ressentis et ses émotions [5] [6].

C'est donc bien davantage sur le plan comportemental que s'exprimera cette souffrance. L'enfant peut éprouver de la tristesse, mais il est rare qu'il puisse la garder à l'intérieur de lui très longtemps. Il faut qu'elle s'exprime sans trop tarder dans des modalités comportementales et relationnelles [4].

Une agitation excessive, une hyperactivité, des difficultés de concentration ou d'attention sont autant de signes cliniques pouvant marquer l'expression de cette souffrance. [5]

Au niveau réactionnel, sont repérés des états de retrait relationnel et émotionnel d'autant plus intenses qu'aucun adulte n'assure de relais protecteur auprès de lui. Le jeune enfant n'investit plus le monde extérieur et exprime une perte d'intérêt : il joue moins, il ne recherche plus les interactions et n'est plus curieux face au monde extérieur [5].

L'enfant ne peut, dans un premier temps, rien dire de ses débordements comportementaux qui sont autant d'appels à l'autre pour être réassuré [5].

Par ailleurs, il n'est pas dans les moyens psychiques de l'enfant de supporter durablement une lourde peine. Il peut être triste mais il est rare qu'il le reste très longtemps même s'il peut le redevenir par la suite [4].

Wolfenstein a proposé le terme de « *short-term pain* » pour décrire ces temps de répit qu'il explique en raison de l'incapacité physiologique pour le jeune enfant d'endurer l'angoisse trop longtemps [7].

Pour les adultes de l'entourage, ces réactions que nous pourrions qualifier de « manifestations intermittentes du deuil », peuvent être déroutantes [5].

Les phases d'intense désespoir font place à des périodes d'apparente indifférence qui laissent à penser aux proches que le jeune enfant endeuillé n'est pas « touché » comme ils peuvent l'être en tant qu'adultes [5].

À cette expressivité si particulière de la souffrance liée à la perte s'ajoutent donc des difficultés pour se faire comprendre des adultes.

Lieberman et al. observent aussi une intensification d'angoisses développementales « normales », notamment des angoisses de séparation, et la peur de perdre le parent restant, ce qui peut se traduire par un agrippement excessif à ce dernier [3].

Les attitudes de régression présentes dans la phase de choc peuvent se prolonger durant la phase de vécu dépressif et témoigner d'un besoin de réassurance, d'affection et de consolation.

- Sur le plan des fonctions instinctuelles

Une insomnie complète suit régulièrement les soixante-douze premières heures après l'annonce du décès. Elle cède la place à un sommeil de mauvaise qualité. Fréquente, elle est liée à des difficultés d'endormissement et à des réveils précoces [4] [5].

Les rêves où se mêlent hallucinations du désir de revoir l'être cher ou rêve de sa mort peuvent perturber l'enfant. Ces éléments concourent à augmenter l'angoisse et à faire redouter le moment du coucher avec présence d'attitudes de régression visant à soulager ses angoisses (reprise du doudou, besoin d'un adulte pour s'endormir) [4] [3].

Parfois, au contraire, le sommeil constitue un refuge dans lequel le rêveur poursuit ses contacts avec le défunt comme avant ; le rêve est alors perçu comme un moyen de garder un contact avec le défunt [4].

Une asthénie peut être observée tout comme un ralentissement psychomoteur transitoire.

L'appétit de l'enfant peut également être impacté.

- Sur le plan intellectuel

Le fonctionnement mental est aussi perturbé. Il est laborieux et douloureux et le moindre travail est source d'effort pour l'enfant endeuillé. Le ralentissement de la pensée est responsable de la longueur du travail de réminiscence [140].

L'étude de Mueller et al. en 2015, montre que des jeunes enfants orphelins obtiennent des performances moins élevées que leurs pairs non-orphelins dans des épreuves permettant de tester l'attention [140].

En juillet 2018, sont parus les résultats d'une étude menée par la faculté de Lille 3 concernant les explorations des troubles de mémoire, affectifs et relationnels chez les enfants orphelins versus témoins. Cette étude pionnière sur le plan international, a pu qualifier et quantifier les difficultés mnésiques en utilisant une approche plus systématique. Les enfants orphelins présentent plus de troubles de la mémoire à court terme. La mémoire à long terme est quant à elle préservée [140].

Cette mémoire à court terme également appelée mémoire à court terme à haut degré de

concentration ou mémoire de travail est impliquée aussi bien dans de nombreuses tâches scolaires liées à l'apprentissage mais également dans d'autres processus tels que la planification, l'exécution ou encore le suivi d'une conversation ce qui peut donc impacter la relation de l'enfant avec son entourage [140].

- Sur le plan affectif

L'humeur de l'enfant endeuillé est caractérisée par la tristesse. Lorsque le langage est suffisamment élaboré, le discours est nettement négatif, parfois hostile envers lui-même et le monde environnant. Paradoxalement, l'endeuillé est hypersensible tout en donnant l'impression d'être détaché de ce qui l'éloigne du disparu. Sa sensibilité le conduit à fondre en larmes à tout moment ou changement brusque de comportements [4].

La verbalisation ou l'expression de la tristesse de l'enfant dépendra de la façon dont l'adulte pourra la recevoir ; ainsi l'enfant pourra s'empêcher de l'exprimer afin de ne pas accentuer la tristesse du parent restant ou de ses frères et sœurs. La disponibilité de l'adulte est un élément capital pour pouvoir recevoir cette tristesse [5] [6].

L'isolement est également un autre risque et peut être provoqué soit par la peur du jugement des autres mais aussi pour mieux penser à l'autre. Ainsi la solitude peut souvent être reprochée à l'endeuillé, qui peut alors vivre très mal ces grands moments d'indifférence de la part de l'environnement [4].

L'angoisse de mourir peut devenir envahissante tant la croyance en la toute-puissance protectrice des adultes est menacée par la mort du proche. Les enfants endeuillés peuvent alors développer des angoisses diffuses de mourir ce dont ils ne parlent qu'exceptionnellement spontanément, mais qu'ils expriment à travers des attitudes d'hyper vigilance ou d'agitation psycho motrice [5].

1.c) Réorganisation face au deuil

Cette phase survient généralement lorsque l'enfant peut évoquer mentalement l'objet perdu sans évitement, sans effondrement et que la tempête émotionnelle du décès semble calmée sans que les liens affectifs unissant l'enfant à son parent décédé ne disparaissent [4].

Elle correspond en quelque sorte à la fin d'une période de crise : perte des repères antérieurs et acquisition de nouveaux repères.

Il est d'ailleurs important de pouvoir rassurer l'enfant par rapport au fait que le travail de deuil ne vise pas à lui faire oublier le défunt car cette crainte peut parfois leur faire fuir le travail de deuil. Klass et d'autres auteurs ont critiqué la nécessité de la « rupture » des liens affectifs avec la personne décédée à la fin du deuil, ce que Bowlby avait revisité en passant du stade de détachement au stade de réorganisation. Certaines personnes gardent très présente à l'esprit l'idée du défunt, ce qui alimente la perspective de la « théorie de la continuité des liens » [3].

Cependant, comme le montre Field, il faut analyser le contenu des représentations concernant le sujet décédé : s'agit-il de représentations positives qui les soutiennent dans une certaine dépendance « sécuritaire » au défunt, ou de représentations négatives qui sont délétères pour l'évolution du deuil ? [3]

Alain de Broca parle de « la ré-alliance » comme un processus qui permet à chacun de vivre avec l'être défunt, intériorisé [8].

L'investissement de la libido dans un autre objet (personne ou activité) est la preuve du renouveau de la capacité à créer des liens. Cet investissement peut aussi être plus symbolique au travers de nouveaux rêves présentés par l'enfant [4].

Pourtant, même si le travail de deuil est accompli, des résurgences peuvent se révéler difficiles comme lors des « réactions anniversaires ». Ces réactions se caractérisent principalement par des excès d'anxiété et un fléchissement thymique chaque année au moment de la date clé et découlent de la réactivation des sentiments du travail de deuil. L'ambivalence et la culpabilité par exemple peuvent refaire surface. Il est alors important que ces sentiments soient temporaires et qu'ils n'envahissent pas l'enfant sur le long terme [4].

2) Le concept de mort chez l'enfant

Pendant longtemps, l'idée que les enfants ne pouvaient pas comprendre la mort était la norme, ils ne pouvaient donc pas en souffrir et n'avaient pas à faire de deuil. En effet, selon certains auteurs pour faire le deuil d'une personne, il faut comprendre le concept de mort : inévitabilité, universalité, irréversibilité, non contagieuse, non-fonctionnalité et de causalité réaliste pour expliquer celle-ci [9] [4].

Même si la tendance générale est à l'éloignement de ce concept du monde des enfants, afin de l'en préserver, l'enfant s'y intéresse et l'inscrit dans une construction plus vaste qui inclut des notions telle que : la vie, le temps, la santé, la violence, l'agressivité, la haine, l'ambivalence [4]. Il faut aider l'enfant à articuler le concept de mort avec ces différentes notions dans son monde interne.

Au travers d'une revue non exhaustive qualitative de la littérature, nous proposons de pouvoir croiser différents regards sur la question du concept de mort chez l'enfant suivant une perspective développementale.

- *Entre deux et quatre ans :*

La mort n'est pas un mot qui retient tellement l'attention de l'enfant qui est surtout sensible aux séparations et aux absences [10,13]

L'enfant ne fait pas de distinction entre la mort et le sommeil, tant ils présentent des analogies : les yeux sont fermés et on ne bouge plus. Il est alors important de bien différencier ces deux identités ; auquel cas l'enfant pourra alors présenter des attitudes de régression lors du coucher, en demandant parfois de dormir avec le parent restant de peur de le perdre également [10,13].

L'enfant a également recours à la pensée magique [10,13]: il pense qu'il est responsable de tout ce qui arrive. Dans son univers mental, il se croit tout-puissant : il est le centre du monde et tout se rapporte à lui [4]. Son monde intérieur est donc celui de la toute-puissance mégalomane. C'est l'étape précoce de la croissance que les spécialistes appellent « narcissisme primaire ». [4]

L'enfant apprend à maîtriser petit à petit l'absence mais également ses pulsions agressives à travers le jeu : en se cachant, en faisant disparaître/réapparaître ses jouets, mais également parfois en jouant aux jeux où figurent des scénarios en lien avec la mort ce qui peut parfois dérouter les adultes. [4]

Les expressions « c'est pour de faux » et « c'est pour faire semblant » témoignent de sa volonté de contrôle du monde extérieur et de sa croyance encore intacte sur le pouvoir qu'il aurait sur celui-ci. Il est alors important et nécessaire de laisser l'enfant s'approprier ces notions grâce au jeu [5].

L'enfant conçoit également la mort comme étant réversible et temporaire [10,13], car il n'a

pas encore accès au déroulement du temps [4].

- *Entre quatre et six ans :*

A cet âge-là, l'enfant n'a pas encore acquis les principes fondamentaux de la mort et a encore essentiellement recours à la pensée magique [10,13].

La causalité de la mort reste encore très abstraite pour l'enfant qui va alors se questionner sur une « contagiosité de la mort » aux personnes de son entourage et à lui-même. Rassurer l'enfant sur le fait que la mort ne s'attrape pas permet ainsi de le soulager de plusieurs mouvements anxieux réactionnels [3].

- *Entre 6 et 8 ans :*

L'enfant a tendance à personnifier la mort. Si l'acquisition de l'irréversibilité est en cours, l'enfant ne peut généraliser la mort aux autres et à lui-même [10,13].

- *La période d'entrée dans l'adolescence*

Elle apparaît comme une période charnière dans le concept de mort :

Elle correspond à l'entrée dans un processus latent, plus intellectualisé où l'ensemble de ces notions semblent s'enraciner de façon plus représentative dans la pensée de l'enfant.

Pour Marie-Frédérique Bacqué, cet âge pivot se situe vers 8 ans : l'irréversibilité de la mort est acquise, son devenir bien perçu alors que la notion d'universalité est en voie d'acquisition. L'angoisse reste néanmoins présente mais dominée par des défenses mieux organisées [4].

Pour Hanus, la notion d'universalité et d'irréversibilité est acquise vers 9-10 ans [14].

D'autres auteurs se sont également penchés sur la question. Pour eux c'est entre 8 et 12 ans que s'acquière l'universalité de la mort [10,13].

- *L'adolescence*

Elle est marquée par l'accès à la causalité et au raisonnement existentiel autour de la mort qui s'inscrit dans la pensée de l'enfant [10,13].

Il est donc fondamental de comprendre où se situe l'enfant sur le plan développemental par rapport à sa construction du concept de mort et il est important de l'accompagner dans la construction très souvent anxiogène de ce concept, d'autant plus lors qu'il est directement confronté à la mort d'un de ses parents. Ces éléments relatifs au concept de mort sont indispensables au bon déroulement du travail de deuil.

3) Synthèse

Concernant ces étapes du deuil, il ressort actuellement que la majorité des personnes endeuillées « se déplacent » au travers des différents stades mais de façon non rigide. Les études de Fraley et Shaver en 1999 et de Shaver et Trancredy en 2001 confirment qu'elles passent par divers états émotionnels proches de ceux décrits par Bowlby, mais remettent en cause l'ordre rigide de leur succession [3].

Cependant est ce que ces trois étapes sont présentes chez l'enfant quel que soit son âge ? Il est intéressant de pouvoir intégrer la perspective développementale dans la description phénoménologique du deuil, à savoir qu'un enfant ne pourrait peut-être pas traverser ses trois étapes à n'importe quel moment de son développement.

L'enfant de 5 ans, en fonction de sa compréhension de la mort, peut-il traverser les étapes du deuil de la même façon qu'un enfant de 10 ans ?

Est-ce que ces étapes du deuil sont applicables chez un enfant avant qu'il n'acquière les différents concepts de mort ?

Ainsi, la spécificité de l'enfant concernant ce vécu des étapes du deuil réside dans le fait qu'elles doivent toujours s'interpréter en fonction du stade développemental de l'enfant.

Il semblerait que l'entrée dans l'adolescence constitue une période charnière par rapport à l'intégration et la représentation de ces différents concepts.

4) Illustration clinique

Nathan présente plusieurs éléments cliniques renvoyant à l'état de choc et au vécu dépressif du deuil :

Sur le plan comportemental, nous pouvons relever les réactions d'évitement aussi bien physique avec les différentes fugues que verbale lorsqu'il reste mutique face aux différentes questions relatives au deuil et à son vécu émotionnel. L'agressivité verbale notamment vis-à-vis de sa mère ainsi que son agitation pourraient s'intégrer dans cette composante comportementale.

Sur le pan intellectuel nous pouvons citer la baisse des résultats scolaires depuis un an qui pourraient témoigner de difficultés cognitives tout comme les troubles de la concentration et de l'attention repérés lors de l'hospitalisation.

Sur le plan affectif, Nathan peut verbaliser, de façon brève, un vécu de tristesse. Ses centres d'intérêt paraissent très restreints. Il ne semble s'intéresser qu'à la moto et à son chat, qui lui a été offert par son père. Il envisage également de devenir moniteur de moto pour « faire comme son père ». Nous pouvons d'ailleurs nous questionner sur le sens porté par ses intérêts comme si ils constituaient une façon pour Nathan de garder un lien avec son père. Les pairs sont faiblement investis par Nathan qui se retrouvent fréquemment isolés d'eux à cause de jeux et d'une verbalisation excessive autour de la mort. Nous pouvons également constater la réapparition d'angoisse de séparation notamment avec la reprise d'un doudou, le besoin de réassurance au moment du coucher et l'effondrement affectif lors des séparations avec la maman après les temps de visite ou de permission.

Sur le plan des conduites instinctuelles le sommeil de Nathan reste très perturbé avec des angoisses de séparation au moment du coucher et des rêves angoissants de son père mais qu'il identifie comme un lien avec ce dernier qu'il ne souhaite pas perdre.

Cependant la phase de réorganisation du deuil peine à se structurer : difficulté à trouver de nouveaux repères et à investir de nouveaux objets, impossibilité d'aborder le décès de son père sans que cela n'induisse des réactions de fuite, d'évitement ou d'agitation massive, vécu de tristesse encore très vif.

Ce vécu de tristesse qui a du mal à s'organiser chez lui peut également s'expliquer par un niveau développemental insuffisamment structuré au moment du décès de son père, notamment concernant l'acquisition des concepts de mort. Par exemple, la maman de Nathan confie avoir été très perturbé par l'attitude de son fils, âgé de 5 ans à l'époque, qui s'est mis à jouer et à rigoler à plusieurs moments après l'annonce du décès notamment lors des funérailles. Une des hypothèses pouvant expliquer cette attitude est que Nathan n'avait

peut-être pas encore totalement conscience de l'irréversibilité du phénomène.

Sa compréhension actuelle de la mort a pu être questionnée au cours de l'hospitalisation et paraît encore fragile et peu soutenue.

III) Hypothèses compréhensives

1) Introduction

Après avoir décrit ces grandes étapes de deuil chez l'enfant, nous proposons de présenter différentes hypothèses explicatives. Chacune d'entre elle constitue un modèle étiopathogénique qui permet d'apporter un éclairage singulier sur le phénomène de deuil. Il semble pertinent de comprendre sur quel aspect du deuil chaque modèle insiste plus particulièrement : le deuil comme réaction affective de l'expression de la souffrance ou plutôt comme processus de dépassement d'un vécu douloureux ?

Par ailleurs, trois de ces modèles se focalisent sur une approche personnelle et intrapsychique tandis que le quatrième modèle apportera un éclairage plus social et culturel sur le phénomène de deuil.

2) Perspective psychopathologique psychodynamique

2.a) Travail de deuil chez l'enfant

Pour Sigmund Freud, « le deuil est régulièrement la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc. » [15].

Avec Deuil et mélancolie il crée le terme de travail de deuil qui correspond à « un travail intérieur, inconnu de nous » [15].

Contrairement au travail du rêve il impose une prise en compte de la réalité sans relâche et en s'opposant au principe de plaisir. L'indispensable confrontation à la réalité de la perte de l'objet aimé exige par la suite de retirer toute la libido des liens qui la retiennent à cet objet [15].

C'est un travail de décondensation, de fragmentation qui nécessite l'usage temporaire de mécanismes de défense comme le clivage et l'idéalisation [16].

Le clivage correspond à la défense la plus primaire contre l'angoisse : l'objet visé par les pulsions érotiques et destructives est scindé en un « bon » et un « mauvais » objet qui

auront alors des destins relativement indépendants dans le jeu des introjections et des projections [17].

L'idéalisation correspond à un processus psychique par lequel les qualités et la valeur de l'objet sont portées à la perfection. L'identification à l'objet idéalisé contribue à la formation et à l'enrichissement des instances dites idéales de la personne [17].

Pour De Broca, le désinvestissement consiste à reprendre un à un tous les souvenirs, à les confronter à la réalité de la perte et de les désinvestir [6].

Freud ajoute que ce désinvestissement libidinal ne se fait pas sans peine. Les périodes de négociation et d'oscillations sont grandes entre le désir de retrouver le défunt, et le principe de réalité. Dans cette oscillation, l'important est que le principe de réalité doit l'emporter [18].

Karl Abraham complète le modèle freudien avec quelques différences néanmoins, puisque, pour Freud, le deuil s'achève quand la personne endeuillée a retiré tous ses investissements de l'objet perdu, alors que pour Abraham le deuil s'achève quand elle a réussi à introjecter l'objet perdu [16].

Ainsi la confrontation à la réalité, le désinvestissement et l'intériorisation de l'objet perdu jalonnent la dynamique du travail de deuil dans le modèle psychodynamique.

Dans leur ouvrage sur le deuil, Bacqué et Hanus reprennent ces différents éléments en détaillant chacune de ces tâches [4].

- *L'acceptation de la réalité*

Les enfants n'ont pas le même rapport à la réalité que les adultes ni la même façon de la concevoir. Dans le monde des adultes, la réalité est bien tranchée même si elle peut avoir par moments des limites incertaines [4].

Dans l'esprit de l'enfant et en fonction de son âge, le principe de non-contradiction n'a pas cours. Cet illogisme apparent permet de comprendre l'attitude double des enfants en deuil, qui se comportent à l'égard du parent décédé à la fois comme s'il était toujours vivant, comme s'il allait finir par revenir tout en le ou la tenant pour parfaitement mort. Ainsi l'acceptation de la réalité inclut nécessairement la compréhension du caractère irréversible de la perte, comme abordé précédemment.

Certains enfants endeuillés se servent encore du déni, mais de façon contrôlée. Le « faire comme si » ou le « faire semblant » illustrent une forme de déni partiel permettant d'alléger temporairement la souffrance induite par l'abattement de la réalité [4].

Les paroles et attitudes concrètes des adultes, bien que mesurées à l'aune de leurs possibilités actuelles de compréhension, entourant l'enfant permettent de renforcer l'emprise de la réalité de la mort dans leurs conceptions internes [3].

Serge Lebovici a par ailleurs soulevé la difficulté chez l'enfant, des morts qui ont fait l'objet d'un non-dit et qui bloqueraient le processus de subjectivation au niveau de la transmission intergénérationnelle [168].

L'individu ne pourra se séparer de l'être perdu qu'après l'avoir recherché de toutes ses forces en vain [4].

L'acceptation de la réalité passe donc également par des comportements de recherche du défunt. L'enfant endeuillé peut en effet rester obnubilé par des pensées qui envahissent tout le champ mental : Où est le parent défunt ? Que reste-t-il de lui ? [4] Cependant, ces recherches sont très coûteuses en énergie et peuvent parfois donner lieu à une forme d'agressivité et de colère due à la déception.

Elle peut également renvoyer l'enfant à un profond sentiment d'abandon et induire un mouvement de régression et de retour en arrière dans la vie mentale [4].

- *Le désinvestissement libidinal*

C'est au cours du vécu dépressif de deuil que pourra s'opérer le désinvestissement libidinal.

Les auteurs soulignent que la douleur morale qui est au cœur du vécu dépressif de l'enfant est constituée de plusieurs éléments : dans un premier temps, l'arrachement de l'objet contre son gré et le sentiment de manque qui en découle. Puis s'installe un sentiment de solitude réactionnel au manque qui aboutira à l'émergence de la tristesse [4].

Cette confrontation aussi bien à la solitude et à la tristesse est indispensable dans le travail de deuil mais tend à être dépassée lors de celui-ci. Il s'agit de relâcher les liens qui unissaient l'endeuillé à la personne perdue avant de l'intérioriser. Pour tenter de maîtriser cette souffrance, l'enfant va utiliser plusieurs supports comme le jeu ou encore le dessin :

ainsi il n'est pas rare que les thèmes de la mort et du deuil soient abordés dans les jeux ou les dessins d'enfant endeuillés [4].

Les auteurs précisent qu'il s'agit d'une démarche douloureuse, progressive, et ce, d'autant plus que parfois certains souvenirs doivent revenir plusieurs fois à la conscience avant d'être abandonnés [4].

Toutes les relations objectales sont contaminées par cette démarche de désinvestissement ; c'est pourquoi ce dernier est général, marquant toutes les préoccupations [4].

Quand ce désinvestissement s'opère difficilement, il n'est pas rare de constater certaines manifestations cliniques qui peuvent envahir le sujet telles que des identifications obsédantes au défunt ou encore des hallucinations invalidantes [4].

- *L'intériorisation de l'objet perdu*

L'intériorisation de toutes les représentations de l'objet perdu fait suite au désinvestissement libidinal. Elle se produit dans le travail du rêve et dans l'évocation des souvenirs avec les proches. Rechercher des photos, des traces et objets du défunt permet aussi cette opération [4].

L'intériorisation est très lente. L'évocation intérieure des souvenirs dans le deuil est un exercice douloureux et rarement à la portée des jeunes enfants sous cette forme. Spontanément, ils fuient cette souffrance et ne retrouvent ces souvenirs que lorsqu'ils sont énoncés explicitement avec délicatesse au sein de la famille, dans la vie scolaire ou sociale.

Cette intériorisation passe par un travail de mémorisation qui se fait par la répétition de l'histoire familiale dans laquelle le défunt, la famille et l'enfant lui-même sont intégrés. Parfois, cela est fait avec des photos ou par l'évocation de souvenirs en présence de l'enfant [6].

Les histoires cachées et les secrets implicites peuvent entraver ce travail de mémorisation mais peuvent également être interprétés comme un manque de confiance de l'adulte vis-à-vis de l'enfant, ce qui ne peut que déstabiliser encore plus son développement.

Ces manifestations cliniques peuvent également être un moyen pour l'enfant de lutter contre leur sentiment de tristesse.

Dans ce même ouvrage sur le deuil, Bacqué et Hanus suggèrent également plusieurs hypothèses pouvant expliquer la présence de deux éléments fréquemment observés dans le travail de deuil : l'agressivité/la colère ainsi que la culpabilité/l'ambivalence [4].

- *L'agressivité et la colère*

Plusieurs éléments peuvent contribuer à nourrir et entretenir cette agressivité.

Dans un premier temps l'agressivité représente le versant comportemental de la colère à un âge où l'enfant n'a pas encore acquis toutes les subtilités du langage et où il a besoin d'exprimer, d'une manière ou d'une autre, tout ce qui se passe à l'intérieur de lui.

Une colère persistante peut être le signe d'un refus du caractère irrémédiable de la perte et de l'espoir de tenter encore de le retrouver [4].

L'agressivité peut également être renforcée par l'inutilité de l'amour, désormais sans cible [4].

Les sentiments d'abandon et de manque consécutifs à la perte peuvent provoquer des projections agressives qui vont déclencher culpabilité et sentiments dépressifs par la suite.

L'agressivité envers le parent restant peut parfois être sous-tendu par une idéalisation du parent mort et un ressentiment à l'égard du parent restant, perçu comme incapable d'être la réplique de celui-là [3].

- *La culpabilité et l'ambivalence.*

Tout deuil provoque une régression qui atteint parfois les sphères profondes de la constitution de la personnalité. Dans le travail de deuil, il est normal de constater la présence de culpabilité [6].

Chez l'enfant, cette culpabilité est essentiellement inconsciente et concerne l'ambivalence des pulsions hostiles ressenties contre l'objet perdu et renvoie aux sentiments, aux pensées, aux souhaits ambivalents qui existent dans toutes les relations [4] [19] [20].

Il est tout à fait erroné de croire que les petits enfants n'éprouvent pas de sentiments de culpabilité lorsqu'ils perdent un de leurs proches. Leurs sentiments inconscients de culpabilité sont au contraire beaucoup plus forts que ceux des adultes dans la mesure même où leur ambivalence est beaucoup plus vive [4].

De plus, en raison de leur mode magique de pensée, ils ont toujours spontanément tendance à croire que tout ce qui se passe autour d'eux est de leur fait. C'est ce qui explique qu'ils peuvent se sentir si facilement et si profondément responsables de tout ce qui leur arrive à eux et autour d'eux. On peut alors craindre que l'enfant ne grandisse avec ce poids considérable de se croire responsable de la mort de son proche [5].

Il est donc important de pouvoir tenir compte de cette culpabilité car elle peut poursuivre les endeuillés à travers différentes manifestations telles que des cauchemars et des hallucinations de deuil. Pointer cette ambivalence et surtout rassurer l'enfant sur le fait que cela n'a en rien provoqué la mort, est essentiel dans la dynamique du travail de deuil [4] [5].

Accepter cette ambivalence contribue à faire percevoir à l'enfant combien il est différent de son objet.

2.b) Synthèse

La perspective psychanalytique insiste particulièrement sur la notion de travail dynamique qui doit s'opérer dans le cadre d'un deuil. Ce travail d'acceptation de la réalité, de désinvestissement de l'objet aimé et de ré-intériorisation de ce même objet doit également avoir lieu chez l'enfant confronté à un deuil. Mais est-il en mesure de réaliser ce travail seul ? La présence d'un adulte psychiquement disponible n'apparaît-elle pas comme indispensable pour l'accompagner dans ce travail ?

2.c) Illustration clinique

Dans ce cas clinique, il semblerait que le travail de deuil tel qu'explicité sur le plan psychodynamique soit figé.

Concernant l'acceptation de la réalité, même si elle semble en apparence acquise au fil du temps depuis le décès, elle semble peu intégrée et mentalisée sur le plan intellectuel.

Le désinvestissement libidinal paraît là aussi très compliqué pour Nathan, avec un attachement intense aux objets en lien avec son père que sont la moto et son animal de compagnie. Le peu d'intérêt porté aux autres activités peut témoigner d'un détachement difficile. La persistance encore très présente de jeux, dessins et préoccupations autour de la mort peuvent être un signe de tentative de maîtrise de la réalité qui peine à se faire.

Tout travail d'intériorisation et de mémorisation de son père semble également figé car l'évocation de tout souvenir de son père provoque des réactions très vives et encore très douloureuses pour Nathan. Même sur le plan des rêves, il nous explique faire majoritairement des cauchemars mettant en scène la mort de son père. Ceux-ci peuvent également alimenter l'hypothèse d'une difficile intériorisation.

La culpabilité n'a jamais été abordée avec Nathan mais au vu de son jeune âge lors de la mort de son père et de la présence de la pensée magique dans laquelle se trouve l'enfant à cet âge-là, il serait intéressant au vu de la présentation clinique très bruyante de s'interroger sur la place qu'elle occupe chez lui.

Si ce travail de deuil sur le plan psychodynamique paraît donc difficile voire même figé par moments chez Nathan, il faut néanmoins souligner la place très importante occupée par l'agressivité et la colère chez cet enfant ; colère contre sa mère, contre son frère, contre les autres mais également contre lui-même avec la présence de velléité auto agressive type idées suicidaires fluctuantes mais pouvant être extrêmement envahissantes et invalidantes.

Plusieurs hypothèses psychodynamiques peuvent éclairer la compréhension de cette colère : le refus du caractère irrémédiable de la perte, le sentiment d'abandon qui en découle, la culpabilité inconsciente à l'égard de la mort de son père.

3) Perspective attachementiste

3.a) Bowlby et les principes de la théorie de l'attachement

L'une des perspectives théoriques les plus influentes lorsque l'on considère le deuil est la théorie de l'attachement de Bowlby [21].

Cette dernière fait rupture avec certains principes de base de la psychanalyse, en particulier sur la question de la formation du narcissisme. En effet, pour Freud l'enfant a d'abord des besoins physiologiques et c'est en partant de ses besoins que se construit ensuite

l'interaction affective. Alors que pour Bowlby les enfants ont aussi des besoins affectifs innés qui sont au moins aussi importants que les besoins physiologiques [22].

Au début des années soixante, la conception de Bowlby, psychiatre anglais, est innovante. En s'inspirant des travaux de Spitz sur l'hospitalisme et ceux de Harry Harlow sur les jeunes singes séparés de leur mère, Bowlby a montré que le processus d'attachement du petit à une figure principale était une part essentielle de l'espèce humaine [23]. Il théorise ce système adaptatif dans lequel ces comportements d'attachement servent à procurer à l'enfant un sentiment de sécurité externe puis interne, nécessaire pour son exploration du monde et, par extension, à la survie de l'individu [22] [23].

Suivant cette perspective, il postule qu'un tout petit peut souffrir non seulement des conditions économiques, nutritives, médicales ou familiales dans lesquelles il vit, mais aussi des effets de la séparation avec sa figure d'attachement, même en l'absence de la maturité cognitive et émotionnelle dont disposent les enfants plus âgés et les adultes. Il fut parmi les premiers à montrer que la douleur due à la séparation peut exister chez les très jeunes enfants séparés de leur mère avec des réactions de prostration et de tristesse [22].

Il nous rappelle également que la perte et la souffrance seront d'autant plus fortes que les figures d'attachement ne peuvent se substituer l'une à l'autre [16].

La théorie de l'attachement met l'accent sur l'importance de la confrontation aux affects négatifs pour pouvoir se détacher de l'objet perdu.

3.b) Type d'attachement et gestion de la souffrance

A la suite de Bowlby, les travaux de Mary Ainsworth établissent trois styles d'attachement en s'appuyant sur le test standardisé de la « situation étrange » : attachement sécurisé, attachement insécurité ambivalent et attachement insécurité évitant [21].

Selon Shaver et Tancredy, le style d'attachement influencerait le décours, l'intensité et la gestion de la souffrance à la suite de la perte induite lors d'un deuil [3].

La théorie de l'attachement insiste également sur la capacité de l'enfant endeuillé à pouvoir se tourner vers une autre figure d'attachement en espérant avoir de nouveaux liens d'amour et de sécurité avec elle.

Les enfants qui ont un attachement sécure auraient tendance à se rapprocher du parent survivant et à s'appuyer sur lui pour l'aider à gérer la souffrance due à la perte [22].

Ceux qui ont un attachement insécure ambivalent agressent fréquemment le parent endeuillé, ils n'acceptent pas la perte. Ils sont envahis par des souvenirs du parent décédé et ont des difficultés à se réorganiser. Ils développeraient plus souvent une pathologie dépressive et rumineraient les émotions négatives concernant le défunt [3] [22].

Ceux qui possèdent un attachement insécure évitant chercheraient à se protéger en restant distants et enfermés dans leur souffrance. Ils inhiberaient leur anxiété et leur tristesse et n'accorderaient que peu d'importance à la perte. Ils tenteraient par ailleurs de garder le contrôle des pensées sur le défunt en les excluant de leur conscience. Bowlby utilise le terme « d'absence de deuil conscient » pour caractériser le deuil chez des sujets avec ce type d'attachement. Ils peuvent néanmoins être très perturbés par la réapparition de pensées supprimées, et leurs défenses peuvent être débordées en situation de forte sollicitation. Ces sujets orientent leurs stratégies cognitives quasi exclusivement vers la restauration, évitant les émotions négatives liées à la perte et montrant ainsi peu de signes de deuil [3] [22] [23].

3.c) Synthèse :

Dans la perspective attachementiste, la régulation des émotions s'étaye donc sur des processus plus affectifs, représentés sous la forme de schémas mentaux qui assurent à l'enfant un sentiment de sécurité interne. Elle permet de comprendre les enjeux de la perte d'une figure d'attachement à un âge où l'enfant n'est pas forcément en mesure de se représenter la signification de cette perte.

Bowlby insiste dans un premier temps sur l'inévitable confrontation à la tristesse induite par la perte d'une figure d'attachement et sur ses potentiels effets désorganisateurs.

Le modèle de l'attachement apporte par la suite un éclairage intéressant car il insiste particulièrement sur l'influence que pourrait avoir le style d'attachement de l'enfant, notamment vis à vis du parent restant, sur l'expression de la souffrance consécutive à la perte lors du deuil.

3.d) Illustration clinique

Ainsi pour Nathan, la perte de son père à savoir une de ses figures d'attachement principales va induire une souffrance et une tristesse inévitable, d'autant plus que cette perte est survenue très tôt sur le plan développemental.

Il paraît important de caractériser son style d'attachement afin de comprendre comment celui-ci pourra influencer la façon dont Nathan va gérer cette souffrance.

Pour cela, nous nous appuierons sur le lien qu'entretient Nathan avec son autre figure d'attachement à savoir sa mère.

Elle nous explique que depuis le décès de son père, Nathan peut montrer envers elle aussi bien des mouvements de rapprochement que des mouvements agressifs voire même explosifs. Au cours de l'hospitalisation, Nathan n'a pu que très rarement parler de son père, et plusieurs comportements de fuite ont été constatés lorsque ce sujet a été abordé. Sa maman confirme également cette attitude de fuite lors des rares moments où elle a cherché à en parler avec Nathan.

L'ambivalence du lien unissant Nathan à sa mère a pu être constatée à plusieurs reprises lors des entretiens médicaux et notamment lors de la crise clastique de Nathan dans le service. Son attitude envers le personnel soignant renvoie également quelque chose d'ambivalent, avec un contact adhésif et parfois évitant.

La clinique de Nathan nous permettrait ainsi de rapprocher son système d'attachement à un système insécuré avec des éléments ambivalent et évitant.

Ce mode d'attachement insécuré pourrait constituer selon la théorie attachementiste une fragilité quant à l'expression et à la gestion de la tristesse.

4) Perspective cognitiviste et de la gestion du stress

4.a) Stratégie de coping et gestion du stress.

Depuis les travaux de Bowlby, les recherches sur le deuil se poursuivent [3].

Les stratégies d'adaptation au deuil ou stratégies de coping sont des processus cognitifs et comportementaux qui visent à réguler les émotions liées à la perte, soit en les amplifiant, soit en les diminuant.

Un deuil représente une source de stress importante et génère une grande diversité d'émotions.

A l'instar des stress et émotions qui entourent un deuil, ces stratégies d'adaptation sont multidimensionnelles [23].

Il en existe deux grands types : d'une part les stratégies centrées sur l'émotion et d'autre part, celles centrées sur le problème [23] [24].

Les stratégies centrées sur l'émotion incluent d'une part des attitudes de confrontation et d'autre part des attitudes d'évitement [23] [24].

Quant aux stratégies centrées sur le problème, elles ont pour objectif de modifier certains aspects de l'environnement et contrairement aux stratégies centrées sur les émotions, elles impliquent que la personne puisse avoir un certain contrôle, une certaine maîtrise sur son environnement.

Pour les comportementalistes, la régulation émotionnelle face à une situation de deuil passe par des stratégies d'ajustement cognitives et comportementales sur la base de schémas cognitifs acquis par conditionnement [23] [24].

4.b) Modèle d'ajustement en double processus

Par la suite, Stroebe et al. proposent un modèle comportementaliste d'ajustement au deuil qui intègre le style d'attachement.

Ils postulent que toute personne en deuil est exposée à deux catégories de stress, celui lié à la perte de l'être aimé et celui lié à la reconstruction de sa propre identité.

Le sujet endeuillé oscille ainsi en permanence entre deux pôles à travers des mouvements de confrontation et évitement de ces stress [23] [3].

Il existe ensuite un processus dynamique d'oscillation entre les stratégies « orientées vers la perte » et celles « orientées vers la restauration » dans l'adaptation optimum face à un deuil (**Annexe 1**) [23].

Dans ce modèle revisité, Stroebe et al intègrent le style d'attachement comme facteur pouvant influencer cette oscillation (**Annexe 2**) [23].

Ainsi, les personnes sécures auraient tendance à s'ajuster favorablement à une perte
Chez les personnes insécures ambivalentes/anxieuses, leur mode d'attachement les rend généralement très dépendantes des autres et notamment du défunt. En conséquence, leur stratégie de coping s'orientera davantage vers la perte et peu vers la restauration. Elles auraient donc plutôt tendance à développer un deuil chronique [23].

Les personnes insécures évitantes ont une image d'elles-mêmes plutôt positive mais celle des autres plutôt négative et sont en général inhibées quant au dévoilement émotionnel. Ainsi, leur ajustement au deuil s'orientera préférentiellement vers la restauration et non la perte. Ces personnes auraient ainsi tendance à développer un deuil inhibé [23].

Enfin, la théorie cognitive du stress et du deuil soutient l'idée qu'il faut considérer des trajectoires précises de symptômes au cours du temps et non une simple présence ou absence de symptômes à un moment donné.

4.c) Synthèse :

Ce modèle explicatif, qui a lui-même connu plusieurs évolutions au fil du temps, tend à insister sur l'importance des stratégies d'ajustement et aborde ainsi le deuil du côté d'un processus visant au dépassement du vécu douloureux en montrant le rôle adaptatif qu'ont les affects positifs dans la reconstruction.

Cette approche du coping se veut ainsi multidimensionnelle et dynamique et inclut des stratégies variées, évoluant selon la situation et le temps.

4.d) Illustration clinique

Dans le cas de Nathan, nous pouvons considérer le facteur de stress initial comme celui du décès de son père.

Concernant les stratégies abordées dans la confrontation à la réalité, elles sont essentiellement de l'ordre de l'évitement : les nombreuses fugues au domicile, l'agitation psychomotrice et l'évitement verbal lorsque nous abordons avec lui la question du décès de son père.

Concernant les stratégies liées à la construction de sa propre identité elles s'établissent également majoritairement sur une dynamique de l'évitement : faible investissement d'autres activités en dehors de la moto et de son animal de compagnie, diminution de l'appétence sociale et pour les apprentissages.

Cette approche permet ainsi de modéliser ce qui s'apparente à une fuite permanente des deux catégories de stress post deuil à savoir la perte de l'être aimé et la reconstruction de son identité.

Plusieurs facteurs de stress secondaires vont découler de ce facteur de stress initial comme par exemple la réorganisation familiale ou le déménagement envisagé dans la maison construite par le père. Chacun de ces facteurs vont alors impliquer des stratégies d'ajustement qui leurs seront propres.

Nous pouvons également citer le décès récent de son grand-père maternel et de sa grand-mère paternelle comme facteur de stress secondaire.

Nathan adopte donc principalement des stratégies d'évitement aussi bien dans la confrontation à la réalité que dans la construction de sa propre identité. Il semble très en difficulté pour s'appuyer sur des éléments positifs dans ses différentes stratégies d'ajustement.

5) Perspectives sociologique et culturelle

5.a) Introduction

Le deuil est un processus individuel, mais cette étape de la vie est aussi un événement social [25].

La mort et le deuil représentent en effet des invariants dont les formes n'ont cessé de changer à travers des mutations dans la vie sociale.

Dans une perspective sociale, le deuil est à la fois ce qui désorganise et réorganise les rapports d'un enfant endeuillé à la société et plus précisément dans ses insertions immédiates que sont la famille, l'école, les amis, les relations publiques [26].

Il s'agit ici de réfléchir au deuil dans une dynamique de groupe et de comprendre comment la société aide l'individu à traverser son deuil mais également de comprendre comment le champ social se réorganise et vient investir un de ses acteurs à savoir le pouvoir médical sur un aspect qui normalement, culturellement et historiquement est porté par l'ensemble de la population.

5.b) Le rituel

i. Le rituel comme objet du deuil social

Concernant le traitement social de la mort, Klaus Feldmann et Werner Fuchs-Heinritz considèrent que bien que la mort et le mourir aient comme thème une signification immédiate pour la sociologie, ils ont été ignorés de la plupart des sociologues classiques et que la sociologie de la mort ne trouve pas véritablement son origine dans sa propre discipline [26].

En outre, ces deux sociologues relèvent que les auteurs classiques de la sociologie ont réfléchi au problème de la mort essentiellement dans leurs écrits sur la religion et que le deuil comme objet de la sociologie est presque toujours analysé à travers le rituel funéraire dans sa dimension anthropologique (mortalité, maintien du système social et système culturel) [26].

Le deuil, comme objet de la sociologie, s'est donc longtemps limité au champ des rites et des cérémonies funéraires.

ii. Le rituel comme régulateur social

Pour les anthropologues et les sociologues Robert Hertz et Arnold Van Gennep les rites funéraires ont essentiellement trois fonctions sociales : [27]

- accompagner le corps et l'esprit du défunt durant ces périodes transitoires ;
- aider les survivants endeuillés dans l'expression de leur émotion notamment leur douleur ;
- ressouder la cohésion sociale mise en cause par la disparition d'un de ses membres.

Pour Louis-Vincent Thomas :

« Le deuil social a pour fonction première de codifier le chagrin et son expression, à la fois en l'imposant quitte à contraindre le survivant à faire semblant, en le réglementant et en y mettant un terme. [...] il ritualise les affects tout en les incarnant dans le social. [...]

[[I]] s'attache aussi à l'ensemble des attitudes et des comportements strictement imposés par la collectivité à tous ceux qui, par leur origine, leurs alliances ou leur statut, sont concernés par le disparu quel que soit le lien affectif qu'ils ont entretenu avec lui. » [28]

A ce titre, le rituel peut être considéré comme un contrôle social, qui instruit, en partie, les conditions de l'expression de la souffrance liée au deuil, à travers un certain nombre de comportements et d'attitudes.

Il aurait institutionnalisé un rôle qui permettrait de cadrer des éléments de contenu plus affectifs et personnels de la relation en séparant statut et attachements personnels [26].

Le symbole incarnerait dans le rituel ce que le langage et la verbalisation médiatisent dans l'aspect individuel du travail de deuil.

5.c) Vers une nouvelle forme de régulation sociale du deuil

i. D'une éthique de la conformité à une éthique de la maîtrise

En s'appuyant sur la typologie de l'action sociale de Max Weber, on peut distinguer un type traditionnel de régulation sociale incarné dans une « éthique de la conformité » (de l'autorité de la tradition des rites, au respect des usages dans les pratiques de deuil) qui glisserait vers un type moderne caractérisé quant à lui par une « éthique de la maîtrise » (contrôle des impressions et des affects) [26].

Le modèle traditionnel s'appuie sur la communauté au sens large et est porté par une ritualisation publique, extérieure, institutionnalisée à travers un certain nombre de devoirs et d'interdits.

Le modèle de la « mort moderne » s'est construit sur une volonté de maîtriser la mort face à la diminution progressive des rites et des symboles rituels [30] en s'appuyant sur des champs sociaux spécifiques pour pouvoir régler ce traitement social incontournable de la mort et du deuil.

Nous identifions principalement deux facteurs pouvant expliquer ce glissement : le refoulement de la mort et l'individualisation du deuil.

- **Le refoulement de la mort**

C'est en particulier Geoffrey Gorer qui a défendu la thèse du tabou de la mort et de l'interdiction du deuil au début du XXe siècle, remplaçant celui de la sexualité, thème

dominant du XIXe siècle [31]. Ce refoulement social de la mort s'appuie probablement beaucoup sur la valence émotionnelle négative portée par celle-ci [32].

De tels énoncés, se sont petit à petit érigés en postulats sans réel traitement empirique fondé [33].

Pour Philippe Aries, la suppression du deuil est due à une contrainte de la société. Il y voit une manière progressive de refuser la présence de la mort, même si on admet en principe sa réalité [26].

Pour Feldmann, cet énoncé prend appui sur un texte que Freud écrit au commencement de la Première Guerre mondiale « Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort (1915) » et qui formule la conception du déni de la mort [34].

Il remarque comment, après Freud, cette thèse est devenue « une constante anthropologique » [26].

Pour expliquer les attitudes à l'égard de la mort et du deuil et leurs changements, les sociologues ont donc avancé un cadre conceptuel : le « refoulement de la mort » où la mort serait de moins en moins intégrée à la vie sociale et le deuil serait plus pudique et intérieur [26].

Cette formulation va alors introduire une approche plus individuelle et psychologique de la mort et du deuil en parallèle de leurs traitements sur le plan social.

- **L'individualisation du deuil**

Au cours du XXème siècle, le traitement social du deuil est passé d'un cadre « macrosociologique » (relatif à la « détermination quantitative du groupe ») [35], à un cadre « microsociologique » où la mort d'un individu ne regarde que ses proches.

Cette individualisation s'effectue conjointement à un éloignement des cadres pratiques des rituels traditionnels qui ne font plus sens pour beaucoup de personnes.

Elle pourrait traduire un rejet des modèles antérieurs, affirmer la valeur de la discrétion contre des formes ostentatoires qui ne font désormais plus sens pour les endeuillés [26].

Pour Hanus, ces rites de deuil et notamment les nombreux interdits qui les accompagnaient autrefois étaient d'une extrême rigidité ; il était alors bien difficile de s'en écarter et assez

souvent l'aspect formel ne facilitait pas toujours l'expression personnelle des émotions et notamment du chagrin.

Selon lui, l'essoufflement de la ritualisation de la mort et du deuil va de paire avec un besoin très singulier d'extériorisation des émotions.

Ainsi le rituel dans sa fonction active et interactive de la régulation sociale des émotions et des comportements, ne se serait pas amoindri sous l'effet de la modernité mais aurait subi une individualisation croissante et passerait par d'autres formes que le rituel au sens traditionnel du terme.

Elles donnent lieu à des cérémonies à « géométrie variable », selon la formule de Jean-Hughes Déchaux, où « tout se passe beaucoup plus à l'échelle individuelle, ou plus précisément interindividuelle plus restreinte » [36].

Et si le rituel définissait, et continue encore à définir, *une* des formes de socialisation active du deuil, *la modernité découvrirait* une pluralité de formes de socialisation instaurant un nouveau type de rapport au deuil [26].

Le temps est un autre élément d'analyse dans les études du changement des attitudes sur la mort et le deuil, notamment concernant son individualisation [37]. À un temps long s'oppose un temps court, accéléré par la modernité caractérisée par un raccourcissement dans le temps de la phase rituelle et collective, qui se limite de plus en plus aux funérailles [38].

Philippe Ariès relève que « la société ne fait plus de pause : la disparition d'un individu n'affecte plus sa continuité. Tout se passe dans la ville comme si personne ne mourait plus. » [39].

ii. La médicalisation du deuil

Feldmann, considère que l'époque du refoulement de la mort correspond plus en réalité à une volonté de maîtrise de ce phénomène social [33].

Comme s'il fallait confier à une instance sociale spécifique cette maîtrise de la mort et du deuil pour en assurer la régulation à l'échelle du groupe.

C'est dans ce contexte que nous assistons à une maîtrise professionnelle de la mort et du deuil. Ainsi, de nos jours, l'une des principales formes de régulation sociale du deuil consiste en la médicalisation de celui-ci.

Ces questions sociales de contrôle et d'encadrement du deuil tendent aujourd'hui à être principalement confiées au monde médical, notamment à la psychiatrie qui se veut détentrice de la limite entre le normal et le pathologique, aussi bien sur des questions d'intensité que de temporalité [26] [41].

La psychiatrie est également un vecteur social fortement et rapidement sollicité pour l'accompagnement des endeuillés et de leurs familles confrontées au deuil et à toutes les difficultés qu'il soulève.

Ainsi, lorsque des cellules sociales telle que la famille dysfonctionnent dans les suites d'un deuil, ces éléments sont très vite confiés au monde médical avec pour objectif une « réadaptation à la normalité » afin de préserver un équilibre social

5.d) Synthèse

La perspective groupale et culturelle du deuil met l'accent sur l'importance de la régulation sociale du deuil et par extension, de l'expression du vécu douloureux qui en découle.

Si cette fonction a pendant longtemps été portée sur le plan traditionnel par le rituel, nous assistons depuis plusieurs années à l'émergence de nouvelles formes individuelles de pratiques rituelles qui sont plus vécues à l'échelle familiale et personnelle.

Tout en voulant éloigner la mort et sa valence négative mais en gardant un contrôle et une maîtrise sur celle-ci, la société pourrait investir le champ médical comme une possible nouvelle forme de régulation et de maîtrise sociale de la mort et du deuil.

5.e) Illustration clinique

Ce cas clinique illustre bien en quoi le champ médical et psychiatrique est sollicité lors des potentielles difficultés soulevées par un deuil.

Pour Nathan, nous voyons que la cellule familiale n'a pas été en mesure de contenir l'expression et la gestion de ses difficultés face à des éléments de fragilité personnelle et environnementale. Elle s'est alors tournée, suivant l'organisation sociale, vers le champ de la psychiatrie pour palier à ces difficultés et accompagner Nathan à un retour vers la « normalité » et pour l'aider à se réinsérer de façon optimale dans les différentes branches sociales.

Ainsi, la demande de soin formulée ici par la famille de Nathan pourrait illustrer en quoi les difficultés sociales de contenir le vécu de deuil peuvent rendre compte d'une demande de

soin, c'est-à-dire une orientation vers le champ médical de pouvoir traiter une situation de souffrance psychique.

Synthèse :

Le deuil est une expérience universelle. Au rang des différentes situations de deuil, la perte d'un parent constitue un événement bouleversant pour un enfant.

Le mot deuil est un terme polysémique qui inclut la réaction affective d'expression de la souffrance induite par la perte mais également le processus psychologique de tentative ou de réalisation de dépassement de ce vécu douloureux et potentiellement psycho-traumatique. Chacun des modèles explicatifs met l'accent sur l'un ou l'autre de ces aspects. Plutôt que de le considérer comme une stratification rigide, il paraît pertinent d'envisager le deuil comme un processus dynamique renvoyant à un travail douloureux et long mais qui est indispensable même chez l'enfant.

La perte d'un parent va mobiliser chez lui son système d'attachement et sa capacité d'ajustement et de régulation émotionnelle qui sont en pleine maturation. Il est donc indispensable d'inclure la composante développementale dans l'approche du deuil chez l'enfant car elle met l'accent sur l'importance de le soutenir, lui qui n'a parfois pas toutes les ressources nécessaires pour l'élaboration de ce processus psychique. De plus, elle souligne l'importance de savoir ce que l'enfant comprend de la mort.

Si de nos jours, nous assistons à l'émergence de nouvelles formes de rituels, la société aurait par ailleurs investi le champ médical comme une des nouvelles formes de régulation et d'encadrement social et le désignerait comme détenteur de la prise en charge des difficultés rencontrées lors du processus de deuil.

Nous allons à présent nous intéresser à la question de la dépression chez l'enfant.

I) Introduction

Dès 1971, au Congrès de l'Union Européenne des pédopsychiatres de Stockholm, des données chiffrées sur la dépression de l'enfant apparaissent, renforçant le poids de travaux préliminaires, descriptifs [42] ou psychopathologiques [43].

À partir de cette date, si la réalité clinique de la dépression est acceptée chez l'enfant, en revanche sa sémiologie continue à être l'objet de nombreux débats centrés sur deux questions :

- l'expression dépressive est-elle stable au cours des âges (tant chez des sujets différents que chez le même sujet) ?
- cette sémiologie est-elle spécifique de l'enfant ?

Les classifications diagnostiques internationales que sont la CIM et le DSM adoptent le premier point de vue même si elles reconnaissent quelques particularités [44]. La CFTMEA soutient l'idée d'une spécificité d'expression de la dépression chez l'enfant [45].

Ce cas clinique questionne par ailleurs la place du suicide et des idées suicidaires chez l'enfant et son lien avec les symptômes dépressifs.

Après avoir détaillé les aspects sémiologiques de la dépression, il paraît important de pouvoir aborder certaines hypothèses étiopathogéniques nous permettant de comprendre la dépression de l'enfant avec un éclairage propre à chaque modèle.

II) Abords nosographiques de la dépression chez l'enfant

1) Introduction

Deux systèmes nosographiques psychiatriques sont utilisés au niveau international : la CIM-10 et le DSM-5.

Ces deux repères nosographiques s'inscrivent dans une démarche pragmatique et scientifique et répertorient les grandes entités psychiatriques en différents troubles suivant une approche catégorielle pour l'adulte, l'adolescent et l'enfant [46].

Un trouble mental est défini de manière statistique par un ensemble de critères permettant, lorsqu'ils sont présents, d'identifier des entités qui, en l'absence de prise en charge psychiatrique spécifique, présentent un mauvais pronostic [46].

Le modèle catégoriel propose une harmonisation à l'échelle internationale des différents troubles sur les plans épidémiologique et pronostique et favorise la formulation d'hypothèses étiopathogéniques [46].

Il permet également de justifier l'instauration de thérapeutiques qui permettent d'influencer le pronostic naturel [46].

A côté de ces deux systèmes nosographiques internationaux, la CFTMEA se présente comme une classification nationale plus spécifique des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent [47].

2) CIM 10

2.a) Rappels sur la CIM 10

La classification internationale des maladies est rédigée par l'Organisation Mondiale de la Santé et répertorie l'ensemble des maladies, dont les troubles psychiatriques. Il s'agit du système nosographique de référence utilisé par les hôpitaux pour la cotation des actes médicaux [46].

La 10ème version est rentrée en application en janvier 1993. La 11ème version est quant à elle prévue en janvier 2022.

Nous nous proposons de détailler uniquement les différents diagnostics renvoyant à la notion de dépression. Au vu du cas clinique, nous n'insisterons pas sur les dimensions de trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ou de trouble de l'humeur type bipolaire qui constituent néanmoins des diagnostics différentiels importants à considérer dans toute démarche diagnostique.

Dans la CIM 10, le trouble dépressif est inclus dans les troubles de l'humeur [48].

2.b) Troubles de l'humeur

- Parmi les troubles de l'humeur, nous retrouvons le diagnostic *d'épisode dépressif en F.32* [48]

« Dans les épisodes typiques de chacun des trois degrés de dépression : léger, moyen ou sévère, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité.

Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime.

On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit.

Il existe presque toujours une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation, même dans les formes légères.

L'humeur dépressive ne varie guère d'un jour à l'autre ou selon les circonstances, et peut s'accompagner de symptômes dits somatiques, par exemple d'une perte d'intérêt ou de plaisir, d'un réveil matinal précoce, plusieurs heures avant l'heure habituelle, d'une aggravation matinale de la dépression, d'un ralentissement psychomoteur important, d'une agitation, d'une perte d'appétit, d'une perte de poids et d'une perte de la libido.

Le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère. (**Annexe 3**) [48].

- Dans la catégorie des troubles de l'humeur d'autres diagnostics peuvent également renvoyer à un tableau clinique de dépression chez l'enfant : [48]

-F33. Trouble dépressif récurrent :

Trouble caractérisé par la survenue répétée d'épisodes dépressifs correspondant à la description d'un tel épisode (F32.-), en l'absence de tout antécédent d'épisodes indépendants d'exaltation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie (manie) (**Annexe 4**) .

-F34 Troubles de l'humeur persistants.

La CIM 10 les caractérise comme « Troubles de l'humeur persistants et habituellement fluctuants, dans lesquels la plupart des épisodes individuels ne sont pas suffisamment sévères pour justifier un diagnostic d'épisode hypomaniaque ou d'épisode dépressif léger.

Toutefois, étant donné qu'ils persistent pendant des années et parfois pendant la plus grande partie de la vie adulte du sujet, ils entraînent une souffrance et une incapacité considérables. Dans certains cas, des épisodes maniaques ou dépressifs récurrents ou isolés peuvent se surajouter à un état affectif persistant. »

Parmi ces troubles de l'humeur persistants, la CIM 10 développe le diagnostic de dysthymie (F34.1) :

Abaissement chronique de l'humeur, persistant au moins plusieurs années, mais dont la sévérité est insuffisante, ou dont la durée des différents épisodes est trop brève, pour justifier un diagnostic de trouble dépressif récurrent, sévère, moyen ou léger.

2.c) Diagnostic différentiel

Au regard de l'événement initial de deuil, et dans une perspective réactionnelle ayant précipité le tableau de dépression nous pouvons citer comme autre diagnostic le trouble de l'adaptation [48] (**Annexe 5**).

2.d) Synthèse

Concernant le diagnostic de trouble de l'humeur tel qu'exposé dans la CIM 10, nous constatons dans un premier temps qu'aucune particularité pédiatrique n'est stipulée dans la présentation des symptômes. Cette entité nosographique renvoie donc à une description sémiologique tout âge confondu.

Par ailleurs ce modèle nosographique soulève également un autre problème quant au diagnostic à poser face à un tableau de dépression chez l'enfant : celui de la dépression au long cours.

En effet, aucun des diagnostics dans les troubles de l'humeur ne réunit à la fois les critères d'intensité et de temporalité : d'un côté il y a la dysthymie qui insiste sur un tableau dépressif à bas bruit évoluant depuis plusieurs années et de l'autre l'épisode dépressif qui permet d'insister sur l'intensité des symptômes et ainsi sur le pronostic de la maladie sans pour autant intégrer la notion de chronicité dans l'évolution de la symptomatologie.

Il s'agit donc ici de choisir entre deux diagnostics mutuellement exclusifs et qui insistent chacun sur une notion bien précise caractérisant le trouble dépressif, d'un côté l'intensité et de l'autre la chronicité.

Ce dilemme paraît important à souligner car il va influencer la prise en charge thérapeutique qui pourra être proposée à l'enfant.

2.e) Illustration clinique

Le cas de Nathan vient justement mettre à jour les difficultés diagnostiques de ce référentiel nosographique relatives à une dépression chronique.

-Nathan répond à neufs des symptômes d'un épisode dépressif tels que présentés dans la CIM-10 : la tristesse de l'humeur, la diminution de l'activité, l'agitation, la perte d'intérêt, la baisse de la concentration, des troubles du sommeil avec réveil matinal précoce, la diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité ou de dévalorisation.

Il faut également tenir compte de la présence d'idées suicidaires présentes depuis plusieurs mois.

Au vu du nombre de symptômes, de leur intensité et de leurs répercussions dans le quotidien de cet enfant, nous pouvons poser ici le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité sévère.

Cependant, nous voyons que cette symptomatologie évolue depuis plusieurs mois, voire plusieurs années. Cette temporalité pourrait ainsi faire penser au diagnostic de trouble de l'humeur persistant type dysthymie, d'autant plus qu'aucune temporalité n'est intégrée dans le diagnostic d'épisode dépressif. Le terme même d' « épisode » pouvant suggérer une temporalité plus courte.

Ainsi pour Nathan, les critères diagnostiques proposés par la CIM-10 ne paraissent pas assez spécifiques pour décrire l'ensemble du tableau clinique de dépression chronique ; d'un côté un argument temporel avec la dysthymie et de l'autre un argument d'intensité des symptômes avec l'épisode dépressif caractérisé.

Ce modèle catégoriel mutuellement exclusif impose alors de faire un choix.

En choisissant de poser le diagnostic d'épisode dépressif d'intensité sévère nous faisons un choix clinique et déontologique à savoir insister sur l'intensité des symptômes et leurs répercussions en termes de pronostic. Cela permettra ainsi de proposer une thérapeutique notamment en termes de prescription médicamenteuse plus adéquate.

Suivant la CIM-10, Nathan pourrait également remplir les critères diagnostiques d'un trouble de l'adaptation si l'on considère l'apparition et le développement de la symptomatologie dépressive dans les suites du deuil. Cependant l'intensité et la durée des symptômes ainsi que leurs répercussions tendent à inscrire ce tableau clinique dans une entité psychiatrique plus chronique type trouble de l'humeur que dans une symptomatologie réactionnelle et adaptative.

Nathan ne correspondrait pas à un trouble de l'humeur dépressif récurrent car dans les éléments cliniques rapportés par la maman, nous avons plus l'impression d'une dégradation progressive sur le plan clinique depuis le décès de son papa, avec une notion de continuité plus qu'une accumulation isolée d'épisodes dépressifs.

3) DSM-5

3.a) Rappels sur le DSM-5

Le Diagnostic and Statistical Manual est rédigé par l'association psychiatrique américaine et répertorie uniquement les troubles psychiatriques. Il s'agit du système nosographique de référence en recherche psychiatrique et tend à faire référence en pratique clinique courante [46].

La 5ème version du DSM est parue en mai 2013. La version française est parue en juin 2015.

Ce référentiel nosographique précise les quatre critères indispensables à la constitution d'un trouble [46] :

- des critères sémiologiques spécifiques ;
- des critères d'évolution temporelle avec notamment la notion de rupture avec l'état antérieur ;
- des critères fonctionnels avec une répercussion sociale et renvoyant à la notion de handicap psychique ;
- élimination de diagnostics différentiels psychiatrique et non psychiatrique.

3.b) La dépression comme trouble de l'humeur

Parmi les diagnostics de trouble de l'humeur type dépressif nous pouvons retrouver [49] :

- ***L'épisode dépressif caractérisé :***

A. Au moins 5 symptômes sur 9 qui doivent être présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive soit (2) une perte d'intérêt et de plaisir :

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou de vide) ou observée par les autres (pleurs)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours
3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours

N.B : chez l'enfant prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur
6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade)
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizo affectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque

Le DSM-5 précise des critères d'intensité de l'épisode dépressif caractérisé, gradués en :

- léger : symptômes juste suffisants au diagnostic d'épisode dépressif caractérisé/ peu de perturbations sociales ou professionnelles
- moyen : plus de symptômes que nécessaire/ perturbations sociales ou professionnelles modérées
- sévère : quasiment tous les symptômes/ perturbations sociales ou professionnelles nettes

- ***Le trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur :***

A • Accès de colère sévères récurrents se manifestant verbalement et/ou dans le comportement qui sont nettement hors de proportion en intensité ou en durée avec la situation ou la provocation.

B • Les accès de colère ne correspondent pas au niveau de développement.

C • Les accès de colère surviennent, en moyenne, trois fois ou plus par semaine.

D • L'humeur entre les accès de colère est, de façon persistante, irritable ou colérique, pratiquement toute la journée, presque tous les jours et est observable par les autres.

E • Les critères A-D ont été présents 12 mois ou plus. Pendant ce temps, le sujet n'a pas eu de période d'une durée de trois mois ou plus consécutifs sans tous les symptômes des critères A-D.

F • Les critères A et D sont présents dans au moins deux parmi trois situations et sont sévères dans au moins une de ces situations.

G • Le diagnostic ne doit pas être porté pour la première fois avant l'âge de 6 ans ou après l'âge de 18 ans.

H • D'après l'anamnèse ou l'observation, l'âge de début des critères A-E est inférieur à 10 ans.

I • Il n'y a jamais eu de période distincte de plus d'une journée pendant laquelle ont été réunis tous les critères symptomatiques d'un épisode maniaque ou hypomaniaque, à l'exception de la durée.

J • Les comportements ne surviennent pas exclusivement au cours d'un épisode d'un trouble dépressif caractérisé et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

K • Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale ou neurologique.

- ***Le trouble dépressif persistant :***

A. Humeur dépressive présente pendant la plupart de la journée, pendant la majorité des jours, pendant au moins 2 ans, comme cela est rapporté par le sujet ou l'entourage.
Note : Chez l'enfant et l'adolescent, l'humeur peut être irritable et la durée doit être supérieure à 1 an.

B. Lorsque le sujet est déprimé, il doit présenter 2 (ou plus) des éléments suivants :

1. Perte de l'appétit ou hyperphagie
2. Insomnie ou hypersomnie
3. Baisse de l'énergie ou fatigue
4. Faible estime de soi
5. Difficulté de concentration ou difficulté à prendre des décisions
6. Sentiment de désespoir

C. Durant la période de 2 ans (1 an pour les adolescents) de perturbation de l'humeur, le sujet n'a jamais eu de période de plus de 2 mois consécutifs sans présenter les symptômes des critères A et B.

D. Les critères d'un épisode dépressif majeur (EDM) peuvent être présents de façon continue depuis 2 ans.

E. La personne n'a jamais présenté d'épisode de manie ou d'hypomanie et ne remplit pas non plus les critères d'un trouble cyclothymique.

F. Le trouble n'est pas mieux expliqué par un trouble schizo-affectif persistant, une schizophrénie, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques spécifiés ou non spécifiés.

G. Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue ou un médicament), ou à une autre pathologie médicale (p.ex. Hypothyroïdisme).

H. Les symptômes sont à l'origine d'une souffrance significative ou d'une déficience dans les domaines social, professionnel ou un autre champ de fonctionnement important.

3.c) Diagnostic différentiel

Parmi les diagnostics différentiels nous pouvons citer le trouble de l'adaptation (**Annexe 6**).

3.d) Synthèse

Plusieurs éléments nosographiques pertinents sont apportés par ce référentiel.

Dans un premier temps nous voyons que les différents diagnostics incluent plus de spécificités pédiatriques même si elles restent peu développées.

Par ailleurs, il contient des diagnostics plus précis et plus inclusifs sur le plan clinique, en témoigne par exemple le trouble dépressif persistant.

En effet, contrairement aux diagnostics mutuellement exclusifs de la CIM 10, ce diagnostic vient compléter celui d'épisode dépressif caractérisé notamment sur la dimension temporelle en intégrant l'épisode dépressif caractérisé dans une chronicité.

Ainsi sont réunis les critères d'intensité et de temporalité dans ce diagnostic.

3.e) Illustration clinique

Nathan remplit les différents critères diagnostiques DSM d'un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère :

Il présente sept symptômes : tristesse de l'humeur présente pratiquement tous les jours constatée dans notre service et rapportée par la maman, restriction des intérêts, troubles du sommeil, agitation psychomotrice, sentiment de dévalorisation, baisse de la concentration, idées suicidaires récurrentes.

Ces symptômes sont présents depuis au moins deux semaines et entraînent une souffrance cliniquement significative dans pratiquement tous les domaines de la vie de Nathan : familial, amical et scolaire.

Cet épisode n'inclut pas d'éléments psychotiques et aucun épisode maniaque ou hypomaniaque n'est porté à notre connaissance.

De plus, le bilan biologique complet d'entrée qui est normal nous permet d'éliminer un autre diagnostic différentiel non psychiatrique qui aurait pu expliquer la symptomatologie.

Ces différents symptômes sont rapportés par la maman comme s'étant installés progressivement depuis 4 ans.

Elle a pu également rajouter que ceux-ci sont quasiment présents tous les jours depuis la sortie de sa précédente hospitalisation, donc depuis au moins un an.

Ainsi le tableau clinique présenté par Nathan peut s'intégrer dans un trouble dépressif persistant.

Dans le cas de Nathan, la composante thymique est beaucoup trop envahissante et importante pour pouvoir parler d'un trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur.

Dans le diagnostic de trouble de l'adaptation tel que présenté dans le DSM-5, il est précisé que les symptômes ne doivent pas perdurer plus de 6 mois après l'événement initial. Par ailleurs, le critère E exclut les symptômes de deuil normal de cette catégorie nosographique. La symptomatologie de Nathan s'ancre bien dans un trouble psycho affectif chronique plutôt que dans un trouble adaptatif.

4) La CFTMEA

4.a) Présentation de la CFTMEA

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent paraît sous la direction du professeur Roger Mises en 1987. Sa cinquième version est parue en 2012. [47]

Cette classification avait pour but, à l'origine, de proposer un système de recueil de données cliniques qui respectent les modalités de raisonnement du diagnostic en pédopsychiatrie. Il s'agissait à une époque où il n'existait aucune classification spécifiquement pédopsychiatrique, d'ordonner et d'harmoniser les multiples désignations diagnostiques issues du mouvement de réflexion psychodynamique sur la clinique de l'enfant et de l'adolescent. [47] [50]

Le parti pris par les auteurs est d'inclure, dans la logique interne de la classification, la dimension psychopathologique qui sous-tend l'approche du clinicien et ouvre sa réflexion diagnostique à partir de ses constatations cliniques [47].

Dans une perspective intégrant implicitement les apports essentiels les plus consensuels d'une démarche psychodynamique, la CFTMEA vise à mettre en perspective la description des symptômes et des dysfonctionnements en les replaçant dans un fonctionnement d'ensemble. [47]

4.b) Place de la dépression dans la CFTMEA

Au sein de l'ensemble des dépressions, la CFTMEA R-2012 développe ainsi plusieurs catégories possibles de dépression : [47] [50]

Catégorie 1 : les troubles thymiques de l'enfant et de l'adolescent, qui incluent de multiples sous-catégories, et les états dépressifs après un épisode psychotique.

Catégorie 2 : les dépressions névrotiques.

Catégorie 3 : les dépressions liées à une pathologie limite.

Catégorie 4 : les dépressions réactionnelles.

Catégorie 0 : les moments dépressifs comme variations de la normale.

Les trois premières catégories renvoient au cadre de fonctionnement psychique tel que décrit dans l'approche intégrative de Jean Bergeret.

La catégorie 4, renvoie aux dépressions consécutives à un facteur environnemental sans pour autant que cela impacte, pour l'instant, le fonctionnement de personnalité.

La catégorie 0 inclut les inflexions thymiques non pathologiques qui correspondent à des moments développementaux liés à une introspection durant laquelle l'enfant questionne sur le plan existentiel les limites de sa vie en se rendant compte que tout n'est pas possible. Ces moments dépressifs surviennent en général autour de 3, 4 ans et lors de l'entrée dans l'adolescence.

4.c) Synthèse

La CFTMEA propose ainsi une classification plus spécifique à l'enfant.

Pour le cas de la dépression chez l'enfant, elle permet d'apporter des précisions diagnostiques en proposant différents cadres de fonctionnement psychique pouvant sous-tendre l'émergence des symptômes.

Ainsi elle apporte un éclairage pluridimensionnel qui rend possible la saisie de contraintes organiques pesant sur l'enfant, des effets des événements de son développement ayant marqué sa trajectoire ainsi que ceux liés à son environnement familial et social.

Cependant, dans ce modèle nosographique, l'abord sémiologique a tendance à occuper une place moins importante que des éléments de compréhension psychopathologique. Cela peut constituer une des limites de cette classification sachant que la symptomatologie occupe une place importante dans la démarche pédopsychiatrique. C'est probablement pour faciliter cette démarche que des tableaux de transcodages ont été établis entre diagnostic de la CFTMEA et son équivalent CIM-10.

4.d) Illustration clinique

Concernant Nathan, le facteur environnemental fort qu'est le deuil de son père peut faire penser initialement à une dépression réactionnelle de catégorie 4.

Néanmoins la durée et les difficultés dans la relation à l'autre qu'il entretient aujourd'hui semblent suggérer que ce facteur environnemental a impacté son cadre de fonctionnement psychique de personnalité. Nous développerons la notion de cadre de fonctionnement psychique dans la partie relative aux hypothèses compréhensives de la dépression de l'enfant.

III) Vers une sémiologie adaptée au champ de l'enfance

1) Introduction

Lors de la rencontre avec un jeune patient déprimé, la sémiologie peut être trompeuse et peut différer grandement du diagnostic d'épisode dépressif caractérisé ou de trouble dépressif comme explicité dans les classifications nosographiques [44] [50].

Ainsi, la diminution d'expressivité, le ralentissement psychomoteur et la tristesse, qui caractérisent volontiers la dépression de l'adulte, sont la plupart du temps remplacés par

une agitation psychomotrice, une irritabilité et également une certaine opposition chez l'enfant et ce d'autant plus qu'il est jeune [44] [50] [51].

Il paraît donc important de pouvoir détailler les différentes particularités sémiologiques de la clinique du trouble dépressif chez l'enfant.

Chacun de ces signes pris isolément n'est pas nécessairement significatif de l'épisode dépressif, mais la conjonction de cinq à six de ces symptômes, leur permanence dans le temps et la modification comportementale nette qu'ils induisent sont très caractéristiques [44] [45].

2) Description clinique

Pierre angulaire de la description sémiologique du trouble dépressif, la forme de dépression de l'enfant d'âge prépubère est aujourd'hui la forme descriptive de référence quant aux aspects sémiologiques [50].

Nous détaillons ici cette sémiologie selon les différentes dimensions qui peuvent être touchées par le processus dépressif : les sphères affective et cognitive, comportementale et relationnelle et enfin physiologique. [44] [45]

- Les sphères affective et cognitive :

L'évaluation des dimensions affective et cognitive chez l'enfant n'est pas toujours aisée car, très souvent, celui-ci se trouve en difficulté pour identifier ses émotions mais également pour communiquer autour de ses ressentis à un adulte [44].

L'immaturation des processus affectifs permettant la régulation émotionnelle, la tendance à la culpabilité, la dépendance affective relative aux figures d'attachement sont autant de particularités qui vont teinter la symptomatologie affective. L'enfant étant également en difficulté pour parler des pensées négatives qui l'envahissent [44].

Même si la capacité de pointage émotionnel apparaît vers 6, 7 ans, il n'est pas rare que persistent des difficultés à identifier son vécu émotionnel [44] [45].

Il existe deux types de manifestations en fonction de leur expression qu'elle soit intériorisée ou extériorisée [44] [45] :

-Les symptômes à expression intériorisée sont des manifestations silencieuses et discrètes, pas aisément repérables : un visage sérieux, figé ou un air absent associé à une hypomimie, une anhédonie et aboulie prenant la forme d'une restriction ou d'abandon d'activités investies positivement par l'enfant, une diminution en fréquence et/ou en diversité des activités investies, une perte de l'estime de soi et dévalorisation entraînant une moindre obstination à affronter les difficultés, un sentiment de ne pas être aimé et sensation d'être « nul », sentiment d'inutilité, un sentiment d'impuissance et une auto-évaluation négative répétée exprimés par l'enfant face aux échéances courantes, une diminution de la sensibilité aux éloges et aux tentatives de valorisation par l'adulte.

-A l'inverse, les symptômes à expression extériorisée sont des manifestations plutôt bruyantes qui masquent souvent la dimension intériorisée : irritabilité et crises de colère (plus l'enfant est jeune, plus l'irritabilité et la décharge pulsionnelle vont s'exprimer dans les jeux où l'excitabilité devient importante et l'épuisement est recherché), des difficultés de régulation émotionnelle plus importantes s'exprimant dans le cadre d'une grande labilité émotionnelle, une insatisfaction marquée et conduites oppositionnelles.

La sphère cognitive va, elle aussi, être une dimension délicate à évaluer chez le jeune enfant, qui sera en difficulté pour parler des pensées négatives qui l'envahissent ou le préoccupent. Des signes extérieurs indirects montrant l'impact du processus dépressif sur les cognitions vont pouvoir en témoigner : le ralentissement cognitif, des troubles de l'attention et de la concentration, perte d'intérêt pour les apprentissages [44]

Lorsque l'enfant a la capacité de verbaliser et de faire part de son vécu interne, on cherchera à évaluer s'il présente une analyse pessimiste de l'avenir, du monde et des relations interpersonnelles. On peut également noter un envahissement du champ de la pensée par des questionnements existentiels envahissants voire par des questionnements autour de pensées morbides et/ou de pensées suicidaires. [44] [45]

- La sphère comportementale et relationnelle :

Contrairement aux champs affectif et cognitif, les éléments des registres comportemental et relationnel sont souvent faciles à décrire par les adultes.

Les éléments sémiologiques observables peuvent alors évoquer facilement un syndrome dépressif tandis que d'autres vont engendrer des tensions dans la relation avec les figures d'attachement, voire créer des situations de rejet ou de mise à l'écart du jeune [44] [45].

Sur le plan comportemental pourront être observés : une baisse de l'initiative autonome et spontanée avec le besoin d'une plus grande assistance de la part des adultes pour investir des activités particulièrement de manière durable et continue, l'agrippement aux objets transitionnels tel qu'un doudou ou susceptibles d'être source de réassurance, difficultés de séparation souvent franches et associées à des difficultés comportementales oppositionnelles, troubles de comportement et conduites oppositionnelles voire rixes avec l'entourage [52].

Sur le plan relationnel, l'enfant limite ses capacités d'exploration et donc son appétence relationnelle, son aptitude à créer une relation en dehors du cercle familial proche. Il apparaît inhibé ou en difficulté pour prendre des initiatives dans la relation [52]. L'investissement des pairs se resserre voire disparaît totalement. Les relations inter personnelles, sont généralement plus conflictuelles, en lien avec l'irritabilité notamment [52].

- Sur le plan physiologique

La dépression de l'enfant peut avoir des manifestations touchant la sphère physiologique. En ce qui concerne les fonctions instinctuelles, on peut retrouver une anorexie, pouvant entraîner une stagnation de la courbe de poids, voire une cassure de celle-ci dans les cas les plus graves. Le retentissement sur la croissance staturale est plus rare mais signe alors un épisode dépressif plus sévère [45]

Cependant, il n'est pas rare de pouvoir observer, une augmentation de l'appétit associé à des comportements hyperphagiques [52] [53].

Le sommeil peut lui aussi être impacté en quantité et en qualité.

-S'agissant de la quantité de sommeil, il peut s'agir d'une diminution ou d'une augmentation du temps total de sommeil sur 24 heures. Entre 7 et 12 ans, la durée moyenne de sommeil est de 10 à 11 heures de temps [54]. La diminution du temps de sommeil prend plus souvent la forme d'une insomnie d'endormissement, pouvant se manifester par des angoisses de séparation au moment du coucher avec agitation psychomotrice potentielle pouvant faire évoquer aux parents un « regain d'énergie » en période vespérale avec une opposition au coucher [4].

On peut retrouver des insomnies de maintien avec des réveils nocturnes multiples, de durée variable, au cours desquels l'enfant peut appeler ses parents, être dans une recherche affective (câlin, dormir avec ses parents) ou une période de ruminations et d'utilisation d'appareils électroniques [52] [53] [55].

-Sur le plan qualitatif, on entend d'une part l'altération de la qualité de sommeil ressentie par le sujet : des sensations de sommeil non réparateur, de ne pas dormir la nuit, ou encore de ne pas pouvoir arrêter de penser peuvent être rapportées chez les enfants [45]. D'autre part, on entend la survenue d'autres phénomènes nocturnes comme les cauchemars, qu'ils engendrent ou non un réveil.

En période diurne, la dette de sommeil peut avoir un réel retentissement : plus l'enfant est jeune et plus elle engendre une agitation psychomotrice avec déficit attentionnel fonctionnel et difficultés de régulation émotionnelle avec moins de plaintes de fatigue que chez l'adulte ou l'adolescent [42] [56].

Parmi les autres manifestations physiologiques associées, on peut retrouver la survenue de douleurs. Qu'elles soient associées à des lésions objectivables ou non, les plaintes algiques sont fréquentes chez l'enfant déprimé. Chez l'enfant jeune, il s'agit plutôt de douleurs abdominales ou de céphalées. L'intégration de ces douleurs dans le tableau dépressif ne doit pas se faire sans une recherche étiologique autre que celle de la dépression [45].

3) Synthèse

Cette déclinaison sémiologique spécifique de l'enfant paraît plus proche de la sémiologie telle qu'observée dans la population pédiatrique et plus cohérente avec les enjeux liés à cet âge.

Cependant il semble difficile de décrire un tableau clinique unique de la dépression de l'enfant.

Par exemple la symptomatologie affective ne s'exprimera pas de la même façon en fonction de la maturation des fonctions cognitives et psycho-affectives et de leur intégration [42].

Il est donc indispensable de toujours prendre en compte la composante développementale dans toute évaluation clinique.

Par ailleurs, étant donné la grande variabilité clinique décrite ci-dessus, le syndrome dépressif peut passer inaperçu ou être par erreur considéré à tort comme le témoin de traits de caractères s'inscrivant dans une évolution physiologique ou encore être confondue avec des diagnostics différentiels, tel qu'un TDAH ou un trouble des conduites.

C'est ce qui explique la très fréquente « comorbidité » telle qu'on la décrit dans la littérature anglo-saxonne et qui concerne principalement les conduites externalisées : troubles déficitaires de l'attention/ hyperactivité [59], troubles oppositionnels avec provocation, troubles des conduites, mais aussi les troubles anxieux [60].

Dans une méta-analyse des publications épidémiologiques sur ce thème, Angold et Costello notent que cette comorbidité va de 21 à 83 % pour les troubles des conduites et l'opposition, de 30 à 75 % pour les troubles anxieux et de 0 à 57 % pour le trouble déficitaire de l'attention [61].

Les auteurs concluent quand même leur article par cette remarque : « les mécanismes par lesquels la comorbidité apparaît restent, à ce jour, obscurs ».

La présence de symptômes tels que l'agitation, l'hyperactivité pourrait également avoir une possible fonction de lutte contre la dépression et renvoyer à la notion de « défense maniaques » [58].

C'est notamment le contexte et les éléments anamnestiques qui permettent d'orienter le diagnostic de dépression. Le contexte dans lequel s'exprime le symptôme est donc important pour pouvoir l'intégrer dans une entité nosographique.

C'est pourquoi il faut toujours les analyser dans une perspective globale et intégrative : c'est un ensemble représentatif de symptômes dans un contexte donné qui permet de faire le diagnostic de trouble dépressif chez l'enfant.

Il paraît donc nécessaire au vu de la grande variabilité clinique pédopsychiatrique du tableau dépressif d'analyser les différents symptômes dans une vision globale et en tenant compte du contexte et du stade développemental de l'enfant.

4) Illustration clinique

- Nous proposons ici une lecture sémiologique plus fine du cas clinique suivant la description détaillée ci-dessus

-Sphère affective et cognitive

Sur le plan affectif :

La question de l'acquisition du pointage émotionnel se pose clairement chez Nathan. En effet, il a été plusieurs fois en difficulté au cours de l'hospitalisation pour décrire ses émotions.

La polarité émotionnelle semble osciller entre les deux extrêmes : inhibition ou explosion. Toute autre modalité d'expression du vécu interne semble être verrouillée et nécessite le besoin presque constant d'être soutenu par un adulte contenant.

Plusieurs symptômes peuvent s'intégrer dans une dimension dépressive plus intériorisée et discrète : son air souvent absent lors des entretiens, activités investies positivement très restreintes (la moto et jouer avec son chat), une perte de l'estime de soi avec dévalorisation dans les activités et face à ses productions, moindre sensibilité aux éloges et aux tentatives de valorisation par l'adulte au moment des ateliers.

Parmi les symptômes affectifs de Nathan à expression extériorisée nous pouvons citer : son irritabilité, sa labilité émotionnelle qui peut témoigner de sa difficulté à réguler ses émotions. C'est dans cette dimension que s'inscrit également ses nombreuses oppositions notamment dirigées contre sa mère.

Sur le plan cognitif, Nathan présente une disponibilité psychique fragilisée avec un trouble de l'attention et de la concentration comme lorsque les soignants ont dû lui répéter les consignes à plusieurs reprises, une impulsivité, en témoignent les nombreuses fois où il a pu couper la parole à différents interlocuteurs. Il présente par ailleurs une distractibilité notable. La baisse de ses résultats scolaires peut découler de toutes ces difficultés mais peut également témoigner d'une perte d'intérêt pour les apprentissages. Malgré ses difficultés de verbalisation affective, c'est également dans cette dimension cognitive que s'intègre les velléités auto agressives à type d'idées suicidaires fluctuantes que peut exprimer Nathan.

-Sphère comportementale et relationnelle

Dans le cas de Nathan nous voyons que ces deux dimensions sont plus évidentes car plus bruyantes dans sa présentation clinique.

La sphère comportementale est notamment marquée par ses nombreuses conduites oppositionnelles à type de crises clastiques répétitives envers sa mère et son frère ainsi que les multiples épisodes de fugue au décours des crises clastiques.

Nathan présente également une baisse de l'initiative autonome en se montrant très sollicitant envers l'adulte lors de son hospitalisation pour la moindre activité loisir.

Sur le plan relationnel, Nathan est en difficulté pour interagir avec ses pairs et se retrouve très souvent isolé en classe ou lors des récréations. Dans le service, il a pu s'intégrer avec les autres enfants hospitalisés mais de façon progressive et leurs échanges étaient assez superficiels. Nous pouvons également citer l'ambivalence à l'égard de sa mère, avec sentiments de colère et de culpabilité et qui a été réactivée à plusieurs reprises lors des moments de séparation avec elle. On peut également constater des difficultés franches de séparation avec sa maman à la fin de ses visites dans le service. L'agitation, l'impulsivité et ses troubles de la concentration impactent également les échanges qu'il peut avoir avec les adultes et rendent ces échanges épuisants.

-Sphère physiologique

Sur le plan physiologique, si l'appétit est conservé chez Nathan avec une courbe staturo-pondérale dans la norme, le sommeil est quant à lui très perturbé. Sur le plan quantitatif, nous constatons une diminution du temps de sommeil sur 24 heures attendus chez un enfant de son âge.

Il présente également des difficultés d'endormissement marquées par des angoisses de séparation et des ruminations anxieuses importantes.

Par ailleurs, Nathan peut nous décrire la présence de parasomnies à type de cauchemars mettant en scène la mort de son papa, ce qui peut accentuer la composante anxieuse.

Sur le plan qualitatif, l'aspect non réparateur de son sommeil peut accentuer son agitation psychomotrice, son déficit attentionnel ainsi que sa labilité émotionnelle. La régularisation du sommeil au cours de l'hospitalisation a très certainement contribué à améliorer la symptomatologie comportementale.

Durant l'hospitalisation de Nathan, les symptômes d'agitation, d'impulsivité auraient pu nous faire penser à un diagnostic de TDAH du DSM-5 ou de trouble hyperkinétique de la CIM-10

Plusieurs éléments ont par la suite contribué à mettre de côté ce diagnostic : le contexte d'expression de ces symptômes comportementaux avec une forte imprégnation thymique et le test thérapeutique à la Ritaline négatif.

IV) Le suicide chez l'enfant

1) Introduction

Ce cas clinique nous interpelle également sur la place des idées et des conduites suicidaires chez l'enfant et soulève plusieurs questions.

Comment appréhender la crise suicidaire chez l'enfant ? Quelles en sont les particularités ? En quoi consistent les grandes modalités de prise en charge ? Quel lien entretiennent la dépression et le suicide chez l'enfant ?

2) Définitions

Il faut dans un premier temps distinguer et définir différents termes :

- Le suicide se définit comme un décès faisant suite à une intoxication ou à une lésion traumatique que s'inflige délibérément un individu.

En 2015, ce sont 284 jeunes français de 15 à 25 ans et 23 enfants de moins de 14 ans qui se sont donné la mort [43].

En 2009, parmi les 10464 suicidés on comptait 37 enfants âgés de 5 à 14 ans (soit 0.003% des suicidés) [62].

En 2016, parmi les 8427 suicidés on comptait 26 enfants âgés de 5 à 14 ans (soit 0,003% des suicidés) [62].

- La tentative de suicide correspond à tout acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence sur sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel [46].
- Les idées suicidaires se définissent comme des pensées ou un souhait de se donner la mort éventuellement en le planifiant.

Les idées suicidaires et tentatives suicide sont, elles, particulièrement fréquentes chez les jeunes. En fonction des méthodologies employées et des échantillons interrogés, les études font état de prévalences allant de 2 à 30 % et de 5 à 10 % respectivement [64,66].

Selon Pfeffer et al. environ 12% des enfants âgés de 6 à 12 ans ont des idées suicidaires aux Etats-Unis [67].

Par ailleurs, l'existence d'idéation suicidaire ou de tentatives de suicide chez les enfants pré pubères serait corrélée à un plus haut risque de tentative de suicide à l'adolescence [52].

- Les comportements auto-agressifs précoces, que l'intention suicidaire soit exprimée ou non, tels que des scarifications, sont considérés pour certains chercheurs comme un facteur de risque de comportement suicidaires. [55] [68] [69] [70]

Les enfants développent une compréhension du suicide par 3 sources principales : les discussions avec les enfants plus âgés et avec les adultes, par la télévision et enfin par l'acte suicidaire d'un membre de l'entourage. [71]

En effet, certains auteurs soulignent l'influence majeure des comportements suicidaires d'un membre de l'entourage de l'enfant, d'autant plus que cette personne est investie affectivement par l'enfant [71,73].

L'influence de la télévision, des médias, semble aussi jouer un rôle significatif chez les plus jeunes pour qui la distinction entre réalité et imaginaire n'est pas encore parfaitement établie, et qui entre en résonance avec la toute-puissance infantile [74, 75].

Les phénomènes de mimétisme, d'identification de la part de l'enfant, sont ici importants à prendre en compte.

Une des caractéristiques de la conduite suicidaire chez l'enfant est l'existence d'un très court intervalle stress-suicide : l'acte est moins souvent planifié et l'intentionnalité suicidaire moins marquée que chez l'adolescent ou l'adulte [76].

3) Crise suicidaire : définition et évaluation.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2000 « la crise suicidaire correspond à une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Cette crise constitue un moment d'échappement, un état d'insuffisance de ses moyens de défense et de vulnérabilité qui place la personne en situation de souffrance et de rupture d'équilibre relationnel avec elle-même et son environnement. » [77] (**Annexe 7**).

L'expression d'idéation ou de menace suicidaires doit donc attirer l'attention de tout professionnel de santé et doit, systématiquement, faire l'objet d'une évaluation objective. Selon les mêmes recommandations de la HAS, l'évaluation de la crise suicidaire doit s'appuyer sur six éléments majeurs [77] :

-le niveau de souffrance : désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, sentiment de culpabilité ;

-le degré d'intentionnalité : idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, dispositions envisagées ou prises en vue d'un passage à l'acte (plan, scénario) ;

-les éléments d'impulsivité : tension psychique, instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents ;

-un éventuel élément précipitant : conflit, échec, rupture, perte, etc ;

-la présence de moyens létaux à disposition : armes, médicaments, etc ;

-la qualité du soutien de l'entourage proche : capacité de soutien ou inversement renforcement du risque dans le cas de familles « à transaction suicidaire ou mortifère ».

Il est possible d'affiner l'approche clinique grâce à l'échelle d'idéation suicidaire de Beck : Beck Scale for Suicide Ideation (BSS), 1979 [166], ou à l'échelle Columbia de la gravité du risque de suicide : C-SSRS [29]

Il convient également d'apprécier d'éventuels facteurs protecteurs dans l'évaluation de la crise suicidaire.

A partir de l'évaluation de ces six éléments, trois niveaux d'urgence pourront être établis : faible, moyenne et élevée.

Une urgence faible où le patient :

- est dans une relation de confiance établie avec un praticien ;
- désire parler et est à la recherche de communication ;
- cherche des solutions à ses problèmes ;

- pense au suicide mais n'a pas de scénario suicidaire précis ;
- pense encore à des moyens et à des stratégies pour faire face à la crise ;
- n'est pas anormalement troublé mais psychologiquement souffrant.

En urgence moyenne avec un patient qui :

- présente un équilibre émotionnel fragile ;
- envisage le suicide et dont l'intention est claire ;
- a envisagé un scénario suicidaire mais dont l'exécution est reportée ;
- ne voit pas de recours autre que le suicide pour cesser de souffrir ;
- a besoin d'aide et exprime directement ou indirectement son désarroi ;
- est isolé.

Et enfin une urgence élevée qui s'observe face à un patient :

- décidé, avec un passage à l'acte qui est planifié et prévu pour les jours qui viennent ;
- coupé de ses émotions, rationalisant sa décision ou très émotif, agité, troublé ;
- complètement immobilisée par la dépression ou dans un état de grande agitation ;
- dont la douleur et la souffrance sont omniprésentes ou complètement tuées ;
- ayant un accès direct et immédiat à un moyen de se suicider ;
- ayant le sentiment d'avoir tout fait et tout essayé ;
- très isolé.

4) Crise suicidaire : Prise en charge

Il n'est jamais anodin qu'un enfant exprime de telles préoccupations.

Les situations de crise suicidaire en phase aiguë passent fréquemment aux urgences pédiatriques et/ou pédopsychiatriques, dans un contexte de passage à l'acte ou de menace de passage à l'acte sous tendus par une composante anxieuse envahissante.

Il est essentiel que cette évaluation puisse se faire au calme et si possible en maintenant les mêmes interlocuteurs.

Selon les recommandations de la HAS, en cas de souffrance tolérée, une écoute bienveillante lors de l'entretien initial d'évaluation peut déjà permettre d'apaiser au moins en partie la composante anxieuse sous tendue par les vellétés suicidaires [77].

Si des manifestations entravent l'évaluation et la rencontre avec le jeune patient comme une agitation ou une perplexité anxieuse, la souffrance doit être immédiatement soulagée par des traitements symptomatiques.

La famille ou l'entourage proche de l'enfant occupent une place d'autant plus importante que durant la crise suicidaire l'enfant se retrouve encore plus en difficulté pour verbaliser et pointer les raisons de sa souffrance. Ils permettent de retracer l'anamnèse des idées suicidaires et de comprendre le contexte dans lequel ses idées s'inscrivent.

Ils doivent être systématiquement associés à l'évaluation pédopsychiatrique ainsi qu'à la décision thérapeutique.

À l'issue de cette évaluation, l'indication d'une hospitalisation peut être posée.

Selon la HAS, l'hospitalisation du patient reste indiquée à partir des urgences en cas de [77] :

- risque suicidaire imminent ;

- situation d'insécurité sévère dans les perspectives de sortie ;

- perplexité anxieuse sans distanciation vis à vis de la souffrance psychique.

Plusieurs auteurs soulignent le caractère opportun d'un temps d'hospitalisation en service de pédiatrie ou pédopsychiatrie lors d'une crise suicidaire [78,80]. Cette hospitalisation peut avoir plusieurs objectifs. Le cadre de l'hospitalisation est souvent une première ligne du traitement anxiolytique et peut ainsi apaiser l'angoisse afin de pouvoir initier un travail pour endiguer les idées suicidaires. Elle permet également une évaluation globale et approfondie de l'enfant et de sa famille dans un contexte plus sécurisant. Elle permettra de mettre en perspective le trouble pédopsychiatrique sous-tendant les idées suicidaires et vient ainsi concrétiser les souffrances de l'enfant tout en répondant aux mesures d'urgences rendues nécessaires [77].

L'hospitalisation tente également d'amorcer des pistes thérapeutiques quant aux facteurs personnels et familiaux impliqués dans la souffrance de l'enfant et d'organiser la suite indispensable des soins en ambulatoire.

5) Lien entre dépression et suicide

Avec toutes les réserves méthodologiques que supposent les finesses du diagnostic chez l'enfant et l'adolescent, une première approche descriptive laisse entrevoir les liens étroits qui existent entre dépression et conduites suicidaires dans cette population.

Les études épidémiologiques font apparaître de façon concordante que plus de 20% des enfants et adolescents souffrent d'idées suicidaires [81], et que 40 à 65% des adolescents ayant fait une tentative de suicide présenteraient un diagnostic de trouble dépressif [81,82]. S'agissant des suicides aboutis, les nombreux travaux s'appuyant sur les techniques d'autopsie psychologique concordent pour montrer que 90% des enfants et adolescents se seraient vu poser un diagnostic de trouble psychiatrique avant leur mort. [83] Parmi ceux-là, la dépression constitue l'affection la plus représentée, avec des taux allant de 25 à 65% [83,87].

Ce constat serait toutefois à nuancer en fonction de l'âge et du sexe de l'individu suicidé. D'une part, les troubles psychiatriques, parmi lesquels la dépression, seraient moins fréquents chez les enfants que chez les adolescents plus âgés [83]. D'autre part, les filles suicidées seraient plus nombreuses à souffrir d'un trouble affectif que les garçons [88] [89].

Cependant, la simple cooccurrence de la dépression et des conduites suicidaires ne suffit pas à faire foi de ce que la première constitue un facteur de risque pour les secondes.

Pour inférer une telle relation, les chercheurs se sont appliqués à comparer la prévalence de la dépression dans des groupes d'enfants et adolescents touchés par la problématique suicidaire à celle de groupes homologues contrôles. Après ajustements plus ou moins extensifs sur différentes variables de confusion, il en ressort que les troubles dépressifs, et plus généralement les troubles de l'humeur, multiplieraient le risque d'idées suicidaires par 1,1 à 16,5 [64] [81] [90] (avec un risque d'autant plus important que la dépression est sévère), le risque de tentative de suicide par 1,4 à 12 [64] [81] [82] et le risque de suicide par 11 à 27. [88] [89] [91] [92].

En plus de prédisposer au risque de conduites suicidaires et de mort par suicide, la dépression agirait comme facteur aggravant lorsqu'elle vient s'associer de façon comorbide avec d'autres facteurs de risque suicidogènes tels qu'un autre trouble psychiatrique [93], ou l'usage problématique de substance [88].

6) Synthèse

Les idées suicidaires et tentatives de suicide ne doivent jamais être banalisées chez l'enfant car elles représentent un facteur de gravité conséquent. Elles nécessitent toujours une évaluation médicale au décours de laquelle une hospitalisation peut être proposée afin d'endiguer la crise suicidaire mais également afin de comprendre la dimension psychopathologique dans laquelle elles s'intègrent.

Cependant, la définition du suicide et de crise suicidaire chez l'enfant se heurte à plusieurs problèmes.

Dans un premier temps, pour évaluer l'intentionnalité de mourir cela suppose d'avoir déjà accès à ce que l'enfant comprend de la mort et impose donc d'intégrer une dynamique développementale dans l'évaluation de la crise suicidaire.

De plus, le manque de dispositifs adaptés pour le recueil de données et le manque d'outils cliniques fiables pour l'évaluation du risque suicidaire chez l'enfant pré pubère rendent également difficiles l'évaluation du suicide et des conduites suicidaires chez l'enfant.

On peut ainsi concevoir que l'identification d'une problématique suicidaire chez un enfant pré pubère soit largement méconnue et donc sous-estimée.

Malgré le lien statistique entre idées suicidaires et dépression, d'importantes réserves sont à prendre en considération avant de conclure à une association causale linéaire entre dépression de l'enfant et de l'adolescent et conduites suicidaires. Parmi ces réserves nous en relevons deux.

La première, d'ordre méthodologique, tient au caractère tantôt transversal, tantôt rétrospectif de la grande majorité des études d'association suscitées. Or, de tels protocoles ne sont que de faible niveau de preuve quand il s'agit d'imputer un lien de causalité entre deux affections. Montrer que les conduites suicidaires sont bien « dues » à la dépression requerrait la convergence d'un nombre conséquent d'études de cohortes prospectives, souvent difficiles à mettre en œuvre.

La seconde est d'ordre théorique. Les études d'épidémiologie traditionnelles, fondées sur la mise en évidence d'associations statistiques linéaires, ne permettent pas d'appréhender la probable complexité de la séquence causale qui conduirait les enfants et adolescents déprimés à s'enlever la vie ou tenter de le faire. Plusieurs modèles ont été proposés qui

rendent compte, de façon théorique, de l'articulation séquentielle et interactionnelle des différents facteurs de risque suicidaires, dont le trouble dépressif [87,94]. La mise à l'épreuve de ces modèles est actuellement en émergence, grâce au développement de méthodologiques épidémiologiques alternatives, telles que les analyses de pistes causales [95] ou les analyses de trajectoires suicidaires [96].

7) Illustration clinique

Concernant Nathan, c'est la verbalisation d'idées suicidaires par précipitation à ses pairs qui alerte son environnement et motive le premier contact médical aux urgences pédiatriques.

Cette verbalisation d'idées auto agressives véhiculent l'expression d'une souffrance et s'intègre bien dans une crise suicidaire car elle représente un état de crise psychique chez Nathan dont le risque majeur est le suicide.

Ainsi dans ce contexte, une évaluation clinique de l'urgence suicidaire s'impose.

L'entretien initial permet de mettre en évidence : un enfant fermé dont le vécu émotionnel reste très verrouillé et qui présente « des envies de mourir » mais « qui ne sont pas toujours présentes ». Ces idées suicidaires ne sont pas scénarisées lors de l'entretien et aucune velléité de passage à l'acte n'est retrouvée. Nathan ne les critique pas et semble les banaliser par moment.

Ses projections dans l'avenir sont peu élaborées et se centrent uniquement sur l'envie de jouer avec son chat au domicile.

Sa maman complète cette présentation initiale en nous expliquant être très inquiète pour son fils mais que cela lui était déjà arrivé auparavant. En effet Nathan avait bénéficié d'une hospitalisation il y a plus d'un an dans un contexte similaire. Depuis sa sortie, il aurait de nouveau verbalisé des idées similaires à ses pairs lors des récréations. La verbalisation d'idées suicidaires scénarisées devant la directrice de l'école ce jour a précipité la demande d'aide que voulait déjà effectuer la maman à savoir la reprise d'un suivi sur son secteur. Elle reconnaît que celui-ci fut très irrégulier depuis la dernière hospitalisation.

Nathan quant à lui reste évasif mais accepte la reprise d'un suivi sur son secteur.

Sa mère prend conscience de la gravité de la situation et lorsque l'idée d'un retour à domicile est soumise, elle se dit prête à rester à la maison avec Nathan pour le surveiller en attendant qu'il soit réévalué.

Face à une urgence modérée du risque suicidaire et un environnement contenant et vigilant, il est convenu d'un retour à domicile avec majoration de l'anxiolyse à 2 atarax 25 mg puis réévaluation à 48h. Les consignes de consultation aux urgences en cas de nouvelle problématique sont indiquées à madame et à Nathan.

Une demande de reprise de rendez-vous sur le secteur est par ailleurs envoyée.

Le but de cet entretien est de proposer une alternative à l'hospitalisation et d'évaluer l'évolution des idées suicidaires sur ce temps de crise suicidaire et de voir si le projet de reprise de suivi sur le secteur peut se réaliser.

L'entretien de 48h retrouve cependant une dégradation clinique avec un enfant encore plus renfermé et très agité. Les idées suicidaires sont scénarisées lors de l'entretien avec une envie franchement exprimée de « rejoindre son père au plus vite ». Lors de cet entretien Nathan exprime clairement ne pas vouloir retourner au CMP et paraît très sthénique envers sa mère. Celle-ci rapporte alors que ces deux jours ont été très compliqués à la maison, Nathan ayant manifesté principalement des attitudes d'opposition franche sans néanmoins verbaliser d'idées suicidaires. Il a par ailleurs refusé de prendre son traitement.

Face à une urgence élevée, un projet d'hospitalisation paraît l'unique alternative afin d'endiguer cette crise suicidaire.

Cette décision provoque une agitation massive avec projection très explosive de violence envers la mère. Cette attitude nécessite une prise en charge symptomatique immédiate avec un enveloppement sec au cours duquel Nathan pourra verbaliser de plus en plus d'idées suicidaires.

Après avoir été placé en salle d'apaisement, les infirmiers et l'interne expliquent à Nathan qu'il n'y a pas d'autres alternatives possibles au vu des difficultés que nous avons pu relever. Il acceptera par ailleurs une médication par Atarax 25 mg.

Il accepte de façon passive le projet d'hospitalisation et pourra verbaliser être en colère contre sa mère qu'il tient pour responsable de son hospitalisation.

Dans ce cas précis, cette hospitalisation a permis plusieurs choses quant à la crise suicidaire initialement présente. Le contexte de l'hospitalisation a pu représenter une anxiolyse et a permis une évaluation plus fine de l'élaboration des idées suicidaires chez Nathan. Elles sont essentiellement réapparues lors des tensions avec sa mère et se sont intégrées dans une dimension relationnelle forte. Elles se sont amendées au bout d'une semaine sans traitement anxiolytique ou antidépresseur.

En plus d'endiguer la crise suicidaire, l'hospitalisation a également permis d'instaurer un cadre suffisamment contenant pour pouvoir comprendre les mécanismes psychopathologiques sous tendant ces idées suicidaires et remobiliser Nathan et sa famille à amorcer un travail de fond.

V) Hypothèses compréhensives de la dépression

1) Introduction

Un trouble psychiatrique comme un trouble de l'humeur se définit difficilement par une physiopathologie univoque. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'en psychiatrie le terme de trouble est préféré à celui de maladie [46].

Nous proposons de développer plusieurs modèles explicatifs pouvant chacun apporter un éclairage différent concernant la dépression.

2) Perspective psychopathologique psychodynamique

2.a) Introduction

Depuis Freud, qui s'est intéressé à la compréhension de la dépression, de nombreux auteurs s'y sont intéressés.

Nous allons nous baser sur l'approche psychopathologique intégrative décrite par Bergeret.

2.b) Cadre de fonctionnement psychique selon la classification de Bergeret

Dans son ouvrage Psychologie pathologie, Bergeret propose trois cadres de fonctionnement psychique : le fonctionnement psychotique, névrotique et limite [97].

Chacun de ses fonctionnements s'établit à partir de 3 facteurs essentiels que sont la relation d'objet, le type d'angoisse et les mécanismes de défense [97] :

- La personnalité psychotique s'appuie sur une relation d'objet fusionnelle c'est-à-dire que le sujet ne fait pas de distinction moi/autrui. L'angoisse de morcellement caractérisant ce fonctionnement renvoie à l'existence même de soi avec la peur de disparaître.
- Dans le fonctionnement névrotique, le sujet possède une bonne différenciation soi/autrui à la fois sur le plan de la réalité perceptive que sur le vécu émotionnel. Elle traduit une bonne évolution de l'œdipe avec intégration des interdits fondamentaux que sont le meurtre et l'inceste. Le sujet adoptera une relation d'objet génitale caractérisée par le respect de la différence des sexes, des générations et des interdits fondamentaux. L'angoisse dite de castration renvoie à la crainte du regard que l'autre porte sur nous.
- Dans le fonctionnement limite la distinction soi/autrui est fluctuante et est principalement remise en cause dans les moments abandonniques, principale angoisse rattachée à ce fonctionnement de personnalité. Elle survient dès que le sujet imagine que son objet risque de lui échapper ou de lui faire défaut. La relation à l'autre est décrite comme anaclitique c'est à dire qu'il s'appuie sur son interlocuteur, aussi bien en attente passive qu'en projections beaucoup plus agressives notamment lors des moments de perte ou d'intrusion. Cette relation d'objet instaure une grande dépendance du sujet vis-à-vis de son environnement.

2.c) Synthèse

L'approche intégrative décrite par Bergeret décrit donc trois cadres de fonctionnement psychique. Ces trois modalités de fonctionnement font références à trois étapes du développement psycho affectif de l'enfant. Il s'agit de modèle de fonctionnement psychopathologique et à ce titre elles ne sont pas toujours congruentes avec l'expression psychiatrique sémiologique.

2.d) Illustration clinique

Nous proposons maintenant une lecture psychodynamique du cas clinique selon la classification de Bergeret en nous appuyant à la fois sur la synthèse pédopsychiatrique mais également sur des éléments plus subjectifs des quatre vignettes cliniques décrites.

- *Éléments en faveur d'un fonctionnement névrotique :*

Nathan a pu exprimer à plusieurs reprises une angoisse de type de castration dans la mesure où il se montre sensible à ce que dit sa mère même s'il donne l'impression d'une relative indifférence à son égard ou lorsqu'il explique se cacher pour pleurer car « c'est la honte vis-à-vis des gens morts ».

De même, le respect des règles du service notamment dans l'interaction avec les autres enfants ou lors des permissions, le respect à l'encontre du personnel soignant et de leurs consignes, la confiance accordée à la parole de l'adulte pour la prise de traitement anxiolytique au décours de la crise clastique dans le service, le fait d'être sensible au recadrage de sa mère et des soignants la majorité du temps, son accessibilité à la réassurance de l'adulte par exemple après la crise clastique ou lors du dernier entretien avant la sortie, témoigneraient d'une relation d'objet génitale.

Lorsque Nathan verbalise le fait de vouloir faire ressentir à sa mère la colère qu'il ressent cela nous indique une bonne distinction soi, autrui caractéristique du cadre de fonctionnement névrotique.

Dans la première vignette clinique nous pouvons également nous questionner sur la capacité de Nathan à percevoir l'inquiétude chez sa maman lorsque la sortie est abordée, ce qui témoignerait également d'un cadre de fonctionnement névrotique.

C'est également dans ce cadre de fonctionnement que s'intégrerait l'inquiétude qu'il a pu verbaliser quant à la souffrance qu'il aurait pu induire chez sa mère dans les suites de la crise clastique mais également sa capacité à se projeter dans des activités après sa sortie.

- *Éléments en faveur d'un fonctionnement limite :*

Plusieurs éléments cliniques s'intégreraient dans une relation d'objet anaclitique. C'est le cas de l'ambivalence vis-à-vis de sa maman avec des moments de forte adhésion où Nathan peut lui couper la parole, lui réclamer de l'attention, la solliciter lorsqu'il se sent angoissé comme au moment du coucher par exemple et à l'inverse des moments explosifs avec projection d'agressivité massive envers elle. De même, le recours presque systématique à la médiation pour rentrer en contact avec lui et les nombreux « je sais pas » lors des entretiens, attestent d'un besoin constant d'être soutenu dans son élaboration psychique et sa verbalisation par un tiers ce qui relèverait d'une relation anaclitique. Nathan peut également se montrer évitant quand il perçoit que l'adulte devient intrusif notamment sur le plan émotionnel ce qui s'accorderait avec ce cadre de fonctionnement psychique.

Il a pu exprimer à plusieurs reprises une angoisse de type abandonnique. C'est le cas quand il a verbalisé la peur d'être abandonné par sa mère au décours de la crise clastique ou quand il met en avant une inquiétude majeure quant au fait d'être séparé de sa mère durant l'hospitalisation.

Par ailleurs, les besoins de contenance physique et psychique que nous avons pu constater à plusieurs reprises s'intégreraient plus dans un fonctionnement limite.

Les difficultés perçues lors du dernier entretien, à se détacher pourraient témoigner d'une angoisse de type abandon.

- *Éléments en faveur d'un fonctionnement psychotique :*

Nous relevons deux crises clastiques au cours de l'hospitalisation de Nathan qui interviennent notamment lors d'intolérance à la frustration. L'une lors de l'annonce de l'hospitalisation et l'autre lors de l'annonce du projet d'hospitalisation séquentielle. Ces crises clastiques témoigneraient d'un recours à l'agir psychotique en lieu et place de l'expression d'une émotion et ou d'une parole de sens. Lorsque Nathan explique ne pas avoir besoin de verbaliser ses émotions à sa famille car « ils le savent déjà » cela pourrait témoigner d'une distinction soi/autrui assez floue sur le plan psychique et s'intégrerait dans une relation plutôt fusionnelle.

Sur plan psychopathologique, il existe alors un gradient allant de l'état dépressif réactionnel aux manifestations plus névrotiques jusqu'aux pathologies de la personnalité dominées par le clivage.

Une des hypothèses explicatives serait donc que la dépression de Nathan s'intégrerait majoritairement dans un cadre de fonctionnement psychique de type névrotique mais qui a tendance à régresser dû à une situation de forte souffrance psychique, et à adopter par moment des modes de fonctionnement qui sont plus limites voire psychotiques et qui peuvent rendre compte de l'émergence de pathologies de l'agir.

L'absence de reconnaissance de la souffrance dépressive dans le fonctionnement de personnalité chez Nathan pendant toutes ces années serait également une hypothèse expliquant le déni des affects et des émotions qui favoriserait une possible organisation de la personnalité autour du clivage.

3) Perspective attachementiste

3.a) Théorie de l'attachement

Comme abordée dans la deuxième partie, la théorie de l'attachement pose les bases d'un système adaptatif de comportements impactant le sentiment de sécurité de l'enfant et donc sa capacité d'exploration de l'environnement [21] [22].

Dès la naissance l'enfant possède un pattern de comportements comme pleurer et attraper, lui permettant de rechercher et de maintenir la proximité physique d'un adulte lorsqu'il est en état de détresse ou d'alarme afin de retrouver un sentiment de sécurité émotionnelle et affective [21].

La disponibilité des figures d'attachement apparaît comme centrale dans ce processus en instaurant chez l'enfant une expérience de sécurité durable lui permettant de développer ses capacités d'autorégulation émotionnelle : l'expérience de la sécurité est associée à la perception de la figure d'attachement comme disponible et l'anxiété ou l'insécurité sont associées à la menace de cette disponibilité [23].

Cette régulation quotidienne va lui permettre d'adapter son ressenti émotionnel sans être submergé, trouver des solutions seul et savoir demander de l'aide en cas de besoin.

3.b) Théorie de l'attachement et dépression

Bowlby explique que la perte d'une figure d'attachement engendre une souffrance inévitable et durable et peut entraîner, si le sujet n'est pas assez soutenu, des risques pathologiques ultérieurs dans l'enfance, à l'adolescence ou à l'âge adulte [21] [22].

Pour lui, lorsque le jeune enfant est séparé de son objet d'attachement, il va exprimer une réaction de séparation dont une des modalités va pouvoir être la réaction dépressive [22].

Il fut l'un des premiers à parler du « traumatisme de la perte » pour décrire les effets de la mort d'un parent quand elle survient pendant les cinq premières années de la vie, avant que l'enfant n'ait pu, de lui-même, développer un sens suffisamment indépendant de la protection du parent [3].

La théorie de l'attachement insiste sur les effets désorganisés et traumatiques de cette perte chez les très jeunes enfants qui ne peuvent pas encore comprendre la signification de la mort et pouvant le placer dans un état de détresse psychique [3].

Les perturbations du lien d'attachement sont donc considérées comme des marqueurs relationnels d'un processus pathologique et représentent autant de facteurs de risque pour la survenue de pathologies durant l'enfance, l'adolescence et à l'âge adulte [98].

Un attachement sûr permet un meilleur accès à ses propres émotions et à celles des autres et augmente la résistance au stress et les capacités d'adaptation de l'enfant.

Les deux patterns insécures (évitant et ambivalent-résistant) peuvent augmenter le développement de perturbations face à la séparation et la perte ainsi que la vulnérabilité face à la constitution d'un trouble psychiatrique type dépression durant l'enfance et l'adolescence, validant l'expérience d'indisponibilité psychologique des figures d'attachement significatives [98].

L'attachement désorganisé est quant à lui lié à l'apparition de symptômes dissociatifs à l'enfance et l'adolescence.

3.c) Synthèse

Le trouble dépressif de l'enfant s'inscrit dans le cadre de la théorie de l'attachement comme l'expression d'une déviation de la mise en place sûre des interactions précoces.

Les prérequis interactionnels et interpersonnels apparaissent comme autant de facteurs de risque mais aussi de protection possible face à un vécu de perte chez l'enfant, qui pourraient alors conditionner la constitution d'un trouble psycho affectif type trouble dépressif.

3.d) Illustration clinique

Pour Nathan, la perte de son père, c'est à dire de l'une de ses figures d'attachement principales, durant la petite enfance constitue selon ce modèle explicatif un facteur de risque interpersonnel ayant entravé la mise en place d'un socle de sécurité interne suffisamment contenant.

Ce facteur de risque augmente ainsi la vulnérabilité de Nathan face à la séparation et à la perte.

En effet, la séparation d'avec sa maman au cours de l'hospitalisation, les difficultés de séparation perçues dans le dernier entretien avant la sortie sont autant d'éléments qui

contribuent à nous faire penser que les moments de séparation et de perte peuvent être difficilement vécus par Nathan.

Les pertes successives de ses grand parents quelques mois avant l'hospitalisation peuvent s'inscrire dans cette fragilité et pourrait contribuer à conditionner selon ce modèle explicatif, l'émergence, le maintien voire même l'aggravation des symptômes dépressifs.

4) Perspective systémique

4.a) Approche systémique : place et fonction du symptôme

À la confluence des théories de l'information, de la communication, de l'autorégulation et du structuralisme, la systémie constitue un méta-cadre conceptuel d'appréhension des organisations complexes, initialement appliquée à des domaines aussi divers que la mécanique, le langage, les mathématiques ou la biologie [99]. C'est dans le sillon des observations ethnographiques de Georges Bateson, et sous l'impulsion des travaux de l'école californienne de Palo Alto que la systémie a été pour la première fois instituée comme cadre de compréhension et de thérapie pour les troubles psychiatriques [99] [100].

La systémie s'est progressivement affranchie des limites de la nosographie pour se concentrer sur la valeur fonctionnelle du symptôme psychiatrique au sein du système familial. Elle ne recherchera pas le sens des comportements chez l'individu, mais dans son contexte [99] [101] [102].

Mara Selvini Palazzoli avait été l'une des premières à montrer comment le contexte, sinon détermine, du moins infléchit les comportements [103].

Ce modèle explicatif élargit son champ de vision et prend en compte les liens qui unissent le patient et son entourage. Le patient n'est alors plus seul propriétaire des symptômes, qui ont un sens et une fonction dans le contexte spécifique qu'est la famille [99]. Cela signifie que le symptôme ne peut être compréhensible que dans le contexte où il se produit et où il prend sens, et qu'il joue un rôle dans les interactions en cours [99] [104].

On a pu dire que le symptôme est communication, qu'il a une signification pour les membres du système familial, dont il favorise l'homéostasie tout en en critiquant le fonctionnement [99] [101].

4.b) Approche systémique et dépression

Dans la perspective systémique, les symptômes dépressifs de l'enfant peuvent donc être compris à travers leur double fonction [99] [104] [102].

D'une part, ils signent et signalent le fait que l'équilibre (ou homéostasie) dans lequel la famille s'est installée est économiquement coûteuse pour le système et chacun de ses membres.

D'autre part, ils participent eux-mêmes à cet équilibre précaire car ils représentent l'une des voies empruntées de façon contrainte par l'enfant ou l'adolescent pour s'y adapter.

En retour, et selon le principe de circularité relationnelle, les comportements adoptés par les autres membres de la famille sont lus comme une adaptation aux symptômes dépressifs de l'enfant [99].

Il se noue alors à l'échelle du système un jeu relationnel fin fait de renforcements et d'inhibitions réciproques et il devient plus pertinent de comprendre la dépression comme une émergence de la totalité du système que comme un attribut propre de l'enfant ou de l'adolescent [99] [104].

Dans ce cadre, il s'agira de comprendre la valeur fonctionnelle du symptôme dépressif pour l'enfant et son système familial, de discerner la structure du réseau de relations dans lequel chaque membre de la famille est enchâssé, et essayer de mettre à jour les grandes règles et modalités de fonctionnement et de communication auxquelles la famille répond [99].

L'analyse systémique s'appuie sur deux principes forts [99] [104]. Le premier stipule que tout changement induit chez l'un des membres de la famille – y compris une éventuelle amélioration symptomatique – aura des conséquences sur le fonctionnement du système dans son entier, et exigera donc un changement chez chacun des autres membres. Le second, et en vertu du principe d'homéostasie, explique que le système tendra à répondre aux changements individuels de l'un de ses membres en activant des mécanismes de rétrocontrôle visant à restituer le fonctionnement antérieur, et donc à maintenir le symptôme [99] [104].

En gardant l'espace des relations comme lieu d'intervention, le thérapeute travaillera donc à infléchir les modalités de communication et à ajuster les places de chacun afin d'accompagner le système dans son ensemble vers l'adoption d'un nouvel équilibre moins

coûteux où la dépression aurait perdu de sa valeur fonctionnelle, et donc de sa raison d'être [99] [104] [101].

4.c) Synthèse

Dans la vision systémique, l'accent est donc mis essentiellement sur la place et la fonction relationnelle et communicationnelle qu'occupe le symptôme dans le système. L'idée n'est pas de désigner la famille comme étant la cause de la pathologie, mais de proposer une modélisation alternative en redéfinissant le symptôme en fonction du contexte familial dans lequel il s'exprime.

L'approche systémique met donc en perspective la dépression de l'enfant avec le fonctionnement familial et permet de proposer des hypothèses compréhensives quant à l'impact de ce fonctionnement familial en termes de conséquences ou de maintien de la symptomatologie.

4.d) Illustration clinique

Une lecture systémique du cas de Nathan consiste donc à recontextualiser ses symptômes dépressifs dans le fonctionnement familial observé et de comprendre quel pourrait être la ou les fonctions de ces symptômes. L'hospitalisation serait ici perçue comme une façon pour lui de nous amener sa famille et de la remobiliser.

Son hospitalisation nous permet de mieux comprendre certains aspects familiaux : depuis le décès du papa, le fonctionnement familial se trouve nettement altéré et peut donner l'impression par moment qu'il s'est figé.

Plusieurs difficultés de fonctionnement de la cellule familiale nous sont rapportées ou ont pu être constatées lors de l'hospitalisation : des tensions fréquentes entre Nathan et son frère avec un regard maternel sur ces conflits qui semble peu contenant, une maman dépassée par les événements qui essaye de « faire avec » mais dont la souffrance et la tristesse paraissent encore vives et très intériorisées, une difficulté à exprimer et à communiquer au sein de la cellule familiale notamment sur le ressenti et les émotions.

Une hypothèse systémique serait que les symptômes de Nathan assureraient une homéostasie familiale. Étant « l'enfant symptôme » il empêcherait à travers son mal être un effondrement d'autres acteurs du système comme sa mère.

Concernant les conflits qui surviennent principalement entre les deux garçons, ils pourraient témoigner d'une rivalité quant à la place vacante laissée par le père. Il serait intéressant de comprendre comment étaient gérés les conflits dans la fratrie avant le décès du père et savoir en quoi cet événement a pu les impacter.

Nous pouvons également nous questionner sur l'état de santé des autres membres de la fratrie qui paraissent plus discrets dans le fonctionnement familial.

Ces différents éléments nous font émettre l'hypothèse d'un fonctionnement familial à risque avec des frontières rigides et avec un faible sentiment d'appartenance de chacun de ces membres.

Ces différentes hypothèses suggèrent donc une souffrance à l'échelle familiale non encore explorée et soutenue. Elles permettent ainsi de proposer des pistes thérapeutiques visant à aider l'ensemble de la famille et pas uniquement Nathan.

5) Perspective neurobiologique

5.a) Introduction

Les données actuelles de la science et notamment les imageries fonctionnelles permettent aujourd'hui de corréliser les symptômes cognitifs et émotionnels à des dysfonctionnements de structures et de réseaux neurologiques, ainsi qu'à des dysfonctionnements biologiques afin d'appréhender de façon globale et intégrative la pathologie dépressive [105] [106].

5.b) Apports de la neuro-imagerie

Plusieurs aires cérébrales sont impliquées dans les manifestations cliniques observées chez l'individu souffrant de dépression.

Une diminution de taille des lobes frontaux, associée à une baisse de la densité des réseaux neuronaux et des cellules gliales sont observées, avec une modification de densité de matière grise au niveau de l'hippocampe, une modification de l'activité de l'amygdale gauche et de la partie antérieure du gyrus cingulaire et ce particulièrement lorsque la dépression survient chez des enfants et des adolescents [107,109].

Les altérations morphologiques et fonctionnelles du cortex préfrontal et de l'hippocampe ont depuis longtemps été décrites chez les patients souffrant de dépression [110,111].

Impliquées dans l'encodage de la mémoire épisodique, ainsi que l'intégration d'informations sensorielles polymodales en un ensemble cohérent, de telles structures sont essentielles pour un fonctionnement cognitif optimal, qui repose sur la flexibilité des représentations. [112] Chez le patient souffrant de dépression, le rétrocontrôle s'exerçant en temps normal sur le Default Mode Network, fonctionnement cognitif de base du cerveau au repos lors de la réalisation de tâches cognitives, se trouve insuffisamment activé, ayant pour conséquence une baisse des capacités cognitives du sujet déprimé [113].

Si certaines structures semblent s'appauvrir sur le plan tant anatomique que fonctionnel, d'autres structures et réseaux neuronaux au contraire se densifient, sous-tendant des biais cognitifs à l'origine des cognitions négatives observées, venant ainsi maintenir l'état d'humeur dépressive [114] [115]. A ce titre, les régions corticales orbitofrontales semblent jouer un rôle crucial [116]. On observe ainsi une dysfonction dans les interactions entre le cortex préfrontal médian et les structures impliquées dans le traitement et l'interprétation des stimuli de nature émotionnelle (amygdale, hippocampe, insula, striatum, thalamus et structures pro encéphaliques) [117].

C'est de cette dialectique perturbée, entre des régions cérébrales notamment frontales appauvries n'exerçant plus le rétrocontrôle nécessaire lors de l'émergence de cognitions négatives, et le renforcement des interconnexions entre les structures (cortex préfrontal médian, l'amygdale et l'hippocampe) qui favorisent quant à elles le traitement d'informations à valence négative, que résulte une altération des processus mnésiques en faveur d'un accroissement de la mémorisation avec valence émotionnelle des éléments négatifs, venant induire et maintenir l'état d'humeur dépressive [118,121].

A contrario, s'observe une extinction du circuit de récompense dans les tâches suscitant son activation chez un patient sain. L'habenula latérale, structure sous corticale clef dans la régulation du traitement d'informations à valence positive ou négative, pourrait jouer un rôle central et voit son activité modifiée chez les patients déprimés ou schizophrènes [122] [123].

Davantage d'études longitudinales sont nécessaires afin d'appréhender l'impact de ces phénomènes sur la maturation cérébrale [108] [124].

En effet, l'hypothalamus atteint un degré de maturité proche de celui de l'âge adulte durant la période prénatale, le cortex préfrontal devient mature à l'occasion du pic hormonal pendant la puberté tandis que le cortex frontal n'atteint pas son plus haut degré de spécificité avant 20-25 ans [125] [126].

L'hypothèse sérotoninergique reste prédominante dans le modèle neurobiologique en précisant que la dépression s'accompagne d'une diminution de la sérotonine circulante ce qui provoque une hypersensibilisation des récepteurs dans la synapse [139].

5.c) Apports génétique et biologique

Le rôle des altérations épigénétiques dans la maturation cérébrale et les implications dans la physiopathologie de la dépression sont de plus en plus étudiés [127-129].

Il apparaît que des éléments d'adversité dans la petite enfance voire pendant la période anténatale ont pour conséquence des modifications épigénétiques directement impliquées dans l'émergence d'une pathologie dépressive, et dans les modifications neurodéveloppementales des structures cérébrales [127,130]. Notamment, différentes études ont pu ainsi décrire des altérations d'expression de BDNF, essentielle au développement neuronal [131].

Également, sont décrites des modifications épigénétiques du gène codant pour un transporteur de la sérotonine, le gène SERT, avec une permanence des modifications retrouvées sur plusieurs générations [132].

A l'instar de l'impact des modifications épigénétiques sur le neurodéveloppement de l'enfant et de l'adolescent, les caractéristiques de l'axe hypothalamo-hypophysaire et le fonctionnement adrénérgique sont également représentatifs des vulnérabilités d'un individu au stress, et prédictifs d'une réponse dépressive à l'adversité [133,134].

La dérégulation de l'axe hypothalamo-hypophysaire expose l'individu à la production chronique de cytokines pro-inflammatoires, par le biais d'une interrelation entre l'axe corticotrope et le système immunitaire, et par cascade moléculaire et entraîne la production de molécules neurotoxiques, dont notamment des catabolites du tryptophane [135-138].

5.d) Synthèse

Ainsi, une approche intégrative des différentes composantes biologiques de la dépression permet d'appréhender tant les altérations fonctionnelles corrélées aux symptômes thymiques et cognitifs de la dépression, que les aspects environnementaux et transgénérationnels à l'œuvre dans l'émergence et le maintien d'un état dépressif depuis la naissance aux différents stades du développement de l'individu.

Ce modèle explicatif permet également de comprendre comment les différentes difficultés environnementales qui surviennent durant l'enfance pourraient impacter durablement la structuration de ces systèmes neurologiques et biologiques.

L'application de ce modèle explicatif concerne également la place des traitements antidépresseurs type ISRS dans la prise en charge de la dépression.

5.e) Illustration clinique

Pour Nathan, il s'agit ici de percevoir l'impact de facteurs environnementaux sur le développement du système neurobiologique.

Sur le plan clinique, plusieurs signes et symptômes sont en faveur d'une dialectique altérée entre régions cérébrales venant induire et maintenir le tableau dépressif.

La dévalorisation, la moindre sensibilité aux éloges de l'adulte, la restriction des intérêts, l'impulsivité, les troubles de l'attention et de la concentration, la distractibilité et l'impulsivité, la baisse d'investissement dans les apprentissages pourraient ainsi témoigner de l'appauvrissement de régions cérébrales impliquées dans le rétrocontrôle lors de l'émergence de cognitions négatives et d'un renforcement entre structures cérébrales favorisant le traitement d'informations à valence négatives.

Synthèse :

Si la dépression de l'enfant est une entité reconnue, sa sémiologie reste encore à débat. Les classifications internationales explicitent une sémiologie non spécifique du chant de l'enfance. Le DSM-5 clarifie la notion de trouble psychiatrique en associant à la dimension sémiologique la recherche d'une rupture avec l'état antérieur, l'absence de diagnostic différentiel et la notion de répercussion fonctionnelle chez le patient. De plus, le DSM-5, contrairement à la CIM-10, propose un cadre nosographique qui semble plus intégratif en réunissant au sein d'un même diagnostic des critères comme l'intensité et la temporalité de la symptomatologie.

La CFTMEA ainsi que la conférence de consensus sur les troubles dépressifs chez l'enfant se positionnent quant à elles sur une symptomatologie plus spécifique au champ de l'enfance. Cette sémiologie s'avère cependant très polymorphe et face aux nombreux diagnostics différentiels possibles, le diagnostic de trouble dépressif chez l'enfant ne pourra être posé que face à un nombre significatif de symptômes dans un contexte donné.

La problématique suicidaire et particulièrement de la crise suicidaire peut également s'intégrer dans un tableau dépressif chez l'enfant. Si un lien statistique a pu être mise en évidence entre ces deux entités il faut néanmoins rester prudent quant à la nature causale de ce lien.

Les modèles psychodynamique, attachementiste, systémique et neurobiologique avancent plusieurs hypothèses explicatives concernant les différents mécanismes sous-tendant la dépression de l'enfant. Ils permettent ainsi d'envisager différents facteurs de risque contribuant à son émergence.

Après avoir décrit séparément le deuil et la dépression chez l'enfant nous allons à présent tenter de différencier ces deux entités cliniques.

Partie 4 : Différence entre deuil et dépression

I) Introduction

Après avoir détaillé les différentes particularités du deuil et de la dépression chez l'enfant, nous tenterons de mettre en avant les différents éléments pouvant contribuer à dissocier ces deux phénomènes cliniques afin de répondre à notre problématique initiale.

Un des enjeux majeurs, soulevée par ce cas clinique, réside dans l'approche thérapeutique qui s'avère différente dans les deux situations.

Cependant, est-ce que les similitudes qu'entretiennent ces deux entités, l'une adaptative et l'autre pathologique, ne témoigneraient pas d'un gradient entre le deuil et la dépression ? Comment un phénomène adaptatif comme le deuil pourrait entraîner la constitution d'une pathologie psycho affective de type trouble dépressif ?

II) Le deuil comme facteur de risque de trouble psycho-affectif de l'enfant

1) Facteur de risques associés au deuil de l'enfant

La perte d'un parent pendant l'enfance est déjà considérée comme un événement traumatique majeur et correspond à un premier facteur de risque [141,142].

Cependant, de plus en plus d'études étudient la résilience et la croissance post-traumatique des enfants endeuillés [143,144] et elles ne trouvent pas toutes de différence significative d'ajustement psychologique entre une population d'endeuillés et une population de non-endeuillés dans l'enfance [141].

Ces résultats suggèrent donc que tous les enfants expérimentant la perte d'un parent ne développent pas forcément de troubles et qu'il existe une variété de facteurs pouvant influencer l'ajustement à la perte chez ces enfants.

En effet, au-delà de la perte, l'enfant est également grandement influencé par les changements que le deuil va induire dans sa vie. Ces changements peuvent constituer des facteurs de stress supplémentaires, voire des traumatismes secondaires dans la vie de l'enfant.

Dans l'évaluation du trouble chez l'enfant, tout comme dans l'approche thérapeutique envisagée, il est donc indispensable de prendre en compte l'ensemble de ces facteurs de risque.

Nous pouvons classer ces facteurs de risque en plusieurs catégories :

- Facteur de risque sur le plan développemental :

D'une méta-analyse de plusieurs études sur des enfants endeuillés, Hanus retrouve une corrélation statistiquement significative entre l'existence de troubles mentaux et celle de séparations précoces dans l'enfance. Parmi celles-ci, les séparations nettement pathologiques sont celles qui surviennent avant 5 ans et qui concernent l'un ou l'autre des parents ou les deux. [4] [27]

L'étude de Howarth et al. confirme également l'impact du développement psychoaffectif de l'enfant au moment de la perte [145].

- Facteur de risque psychologique :

Certains facteurs possiblement à risque ont été identifiés chez un enfant confronté au décès d'un de ses parents à savoir une bonne estime de soi, une expression des sentiments et leur compréhension de la part des autres membres de la famille, la capacité à maintenir une signification positive face à l'adversité et une maturité neurocognitive renvoyant au sens et à la perception que l'enfant va pouvoir donner à cet événement [142].

Schoenfelder identifie le sentiment d'abandon à la suite de la perte comme autre facteur de vulnérabilité au développement de troubles dépressifs [146].

- Facteurs de risque environnementaux :

Howarth et al. ont montré l'importance de prendre en compte lors d'un deuil les circonstances de la mort, l'ajustement du parent restant et le support social [145].

Les conflits parentaux peuvent contribuer à l'élaboration d'un processus de deuil compliqué [147].

Différents travaux identifient également des facteurs de risque environnementaux de l'enfant exposé à un deuil. Parmi ceux-ci ils mentionnent les circonstances du décès et la place laissée à l'enfant, une qualité moindre des soins accordés par le parent restant, une dépression du parent restant, un mauvais ajustement du parent dans la manière de faire face à la perte et un soutien social défaillant. [148] [149]

Par ailleurs les deuils antérieurs sont toujours réactivés lors d'un nouveau deuil d'autant plus lorsque le travail de deuil initial a été entravé [4].

Même s'il paraît difficile de déterminer la part attribuable à la perte elle-même d'un côté et à ses conséquences de l'autre, il est indispensable de pouvoir tenir compte des potentiels facteurs de risque énoncés dans la survenue des troubles mentaux [4].

2) Complications possibles à court et moyen terme du deuil

La question de l'impact du décès d'un parent en termes d'évaluation des conséquences sur la santé physique, psychologique et sociale de l'enfant est régulièrement abordée dans la littérature.

Les études ont largement démontré que les expériences difficiles dans l'enfance, comme un deuil, sont en lien étroit avec certaines formes de psychopathologie, indiquant une vulnérabilité accrue sur le long terme [142].

L'étude de Kirwin et al. reprend les différentes recherches qui ont étudié les facteurs influençant les réponses de l'enfant à la mort d'un parent. Ils constatent qu'il s'agit d'un événement traumatique pouvant avoir des conséquences psychologiques et sociales au sein de la famille et, qu'un deuil non résolu dans l'enfance peut avoir des répercussions psychiatriques dans son développement [150].

La perte précoce d'un parent est donc considérée comme un événement traumatique majeur, avec des conséquences psychologiques et physiologiques à court et long terme [141,142].

L'apparition de ses complications dépendra bien évidemment de la présence ou non des différents facteurs de risque associés.

- Les conséquences psychiques à court terme les plus souvent retrouvées sont l'anxiété, la dépression, les problèmes de conduites déviantes, l'altération des résultats scolaires, un retrait social, un sentiment d'insécurité ainsi qu'un faible sentiment de contrôle interne [142].

L'expérience d'une perte précoce peut également entraîner une vulnérabilité physique [142]. Les premières expériences avec les parents peuvent exercer de manière directe des effets sur le développement des réponses au stress, ce qui contribuerait à l'apparition de maladies incluant l'hypertension, les maladies cardiaques et les maladies infectieuses. Une mauvaise régulation du cortisol est également associée à un risque accru de consommation de substances illicites et de comportements à risque. [148]

- Concernant les conséquences à plus long terme, certains troubles psychiatriques sont retrouvés :

Marck a montré que les adultes ayant vécu la mort d'un parent avant l'âge de 19 ans présentaient des niveaux de dépression significativement plus élevés que ceux ayant grandi au sein de familles sans décès parental [142].

Schoenfelder et al. rapportent que le sentiment d'abandon suivant la perte d'un parent affecte la qualité de la vie sociale des enfants et des adolescents (avec le parent restant, les pairs et les relations amoureuses), ce qui entraînerait une vulnérabilité à développer des problèmes de santé mentale comme la dépression [146].

Bowlby, estime que l'expérience de perte, peut contribuer de manière causale à un état dépressif par l'intermédiaire de l'un des trois moyens suivants [22] :

-en tant qu'agent provoquant. Elle accroît le risque de développement d'une perturbation et détermine le moment où elle se produit ;

-en tant que facteur de « vulnérabilisation », dans le sens où elle accroît la sensibilité de l'individu face à certains événements ;

-en tant que facteur ayant une influence à la fois sur la forme et sur la gravité de l'état dépressif [22].

Pour Kendler, la perte prématurée d'un parent semble associée à un risque accru de trouble panique et de phobie [142]. Certains enfants peuvent également développer une anxiété

généralisée et avoir peur de s'engager dans certaines relations, comme si ce qui est arrivé au parent décédé pouvait leur arriver.

Concernant les réponses comportementales, les plus jeunes peuvent avoir des comportements à risque ou être dans un contrôle excessif contrairement aux jeunes adultes qui auraient tendance à surinvestir leurs pairs comme sources de support face à un monde imprédictible [151].

La perte d'un parent dans l'enfance semble également entraîner une vulnérabilité aux troubles du comportement délinquant [152]. Sur 27 jeunes délinquants de 16 ans ayant perdu un parent, les auteurs retrouvent un lien significatif entre le comportement délinquant et le deuil, d'autant plus marqué que la perte est survenue entre 12 et 16 ans, sans différence selon le genre de l'enfant [152].

Un stress précoce dans l'enfance peut également altérer les fonctions neurobiologiques à long terme, ce qui entraînerait des capacités d'adaptation moindre face à des stress futurs [148].

3) Synthèse

Le deuil représente donc une période de fragilité. En plus du traumatisme de la perte, plusieurs facteurs de risque développementaux, psychologiques et environnementaux peuvent entraver le processus psychologique de tentative de dépassement du vécu douloureux et ainsi entraîner la constitution d'un trouble psycho affectif de type trouble dépressif.

La présence ou non de ces différents facteurs de risque va donc induire une vulnérabilité individuelle quant au développement de ces troubles psycho affectifs et questionne donc la présence d'un continuum entre une entité clinique adaptative et une entité clinique pathologique.

4) Illustration clinique

Dans la clinique et dans le parcours de vie de Nathan, nous pouvons relever plusieurs facteurs de risque à la suite du décès de son père :

Sur le plan développemental, se pose la question de sa maturité psycho affective en lien avec son très jeune âge au moment du décès. Actuellement cette maturité psycho affective et cognitive reste encore très fragilisée.

Sur le plan psychologique, nous avons pu constater une forte tendance à la dévalorisation avec des difficultés à investir la construction de sa personnalité. L'expression des sentiments paraît verrouillée et peu soutenue sur le plan familial.

Nathan semble également peu mobilisable pour accéder à des ressources internes notamment concernant la perception et le sens donné à la perte de son père.

Sur le pan environnemental, le caractère brutal et accidentel de la mort peut constituer un facteur de risque supplémentaire.

La faible disponibilité psychique de sa mère voire la probable présence d'un trouble dépressif chez celle-ci fragilise l'étayage familial et accentue l'isolement de Nathan face à son travail de deuil.

Les conflits et la faible cohésion dans la fratrie semble par ailleurs renforcer la fragilité de la dynamique familiale.

De plus, le décès récent de ses grands-parents a pu accentuer le tableau dépressif déjà présent chez lui, d'autant plus qu'ils étaient repérés comme personnes ressources auprès de Nathan. Tout le travail de deuil non résolu à la suite du décès de son père a pu se réactiver à cette occasion.

Prochainement, le projet d'installation dans la maison dont la construction avait été menée par son père peut également constituer un facteur de risque.

Ainsi, en plus du deuil de son père qui constitue déjà un événement à risque, nous voyons que Nathan a par la suite présenté plusieurs facteurs de risque qui ont contribué à l'inscrire dans un état de vulnérabilité psychique.

III) Deuil normal et deuil pathologique

1) Le sur plan des nosographies internationales et sur le plan clinique

1.a) CIM 10

En ce qui concerne la CIM 10, chapitre V (F), le deuil figure à l'index et renvoie à la rubrique Troubles de l'adaptation (F43.2). (**Annexe 5**) [48].

Dans la CIM-10 existe un code Z (chapitre 21 de cette classification), différent des codes F, avec pour exemple : Z63.4 (« disparition ou mort d'un membre de la famille ») [48].

« Les réactions de deuil, brèves ou prolongées, considérées comme pathologiques en raison de leur expression ou de leur contenu, doivent être notées en F43.22 (*réaction mixte, anxieuse ou dépressive*) ; F43.23 (*avec prédominance de la perturbation d'autres émotions... par exemple : anxiété, dépression, soucis, tension, colère [...] ou comportements régressifs, par exemple : énurésie ou sucer son pouce*) ; F43.24 (*perturbation des conduites, par exemple : comportement agressif ou « dyssocial » chez un adolescent, à la suite d'un chagrin*) ; F43.25 (*perturbation mixte des émotions et des conduites*) ; quand il y a persistance au-delà de six mois, les troubles sont classés sous F43.21 (*Réaction dépressive prolongée*) »

1.b) Du DSM-IV au DSM-5

- **Exclusion du critère E lié au deuil pour le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé**

Dans le DSM-5, une suppression du critère E lié au deuil pour le diagnostic d'épisode dépressif a été réalisé, celui-ci étant jugé complexe, vague et difficile à appréhender.

Ce critère d'exclusion avait pour objectif de discriminer des sujets présentant une symptomatologie dépressive modérée liée au deuil, de façon à ne pas les prendre en charge prématurément comme des patients déprimés [153].

Le deuil « n'immunise pas » le patient contre la dépression et représente en réalité un facteur de risque fréquent pour la constitution de ce trouble [154].

Les responsables de l'APA indiquent que ces changements ont été apportés afin de s'assurer que les gens qui sont en deuil puissent recevoir le bon diagnostic et tirer profit d'interventions adéquates, sans que les professionnels ne soient nécessairement limités par la contrainte temporelle [155]. Ils ajoutent que la tristesse inhérente au deuil n'est pas délimitée de manière fixe dans le temps et qu'elle ne disparaît généralement pas après 2 ou 3 mois : au contraire, cette humeur dépressive reste souvent présente pendant une durée minimale d'un an ou plus. Ils ajoutent par ailleurs qu'il est important de mieux comprendre les distinctions entre la tristesse inhérente au deuil et les conditions qui nécessitent des interventions [155].

Pour discuter l'origine de ce changement, nous nous appuyons également sur la présentation faite de trois études, au congrès français de psychiatrie en 2013 allant dans le sens de la démarche du DSM-5. L'objectif de ces études était d'étudier la validité discriminante du critère d'exclusion lié au deuil dans le diagnostic de syndrome dépressif majeur et les résultats auraient montré une validité discriminante médiocre de ce critère d'exclusion en pratique quotidienne [153].

- **Notes complémentaires sur le deuil dans le DSM-5**

Dans le DSM-5, une note en bas de page accompagne le libellé qui aborde la question du deuil et de la dépression. On y présente une synthèse de distinctions qui permettraient de différencier le deuil de la dépression [46] [155].

Ainsi l'affect prédominant dans le deuil est le sentiment de vide et de perte alors que lorsqu'une personne est dépressive, elle expérimente plutôt une humeur dépressive persistante et elle n'arrive plus à imaginer qu'elle pourra vivre du plaisir ou de la joie dans le futur [46] [155].

De plus, la tristesse du deuil tend à diminuer avec le temps et elle est généralement vécue en dents de scie et associée à des pensées ou des souvenirs du défunt. Ce ne serait pas le cas pour la personne dépressive : chez elle, l'humeur dépressive serait persistante et généralisée (et ainsi ne serait pas reliée à des pensées ou préoccupations précises).

Par ailleurs, à l'inverse des sujets ayant un trouble dépressif, des émotions positives peuvent accompagner la souffrance de l'endeuillé [46] [155].

Au niveau cognitif, il est spécifié que dans le deuil, les pensées sont souvent centrées sur des préoccupations liées à des réflexions et souvenirs du défunt plutôt que sur l'autocritique et les ruminations pessimistes du dépressif [46] [155].

Au niveau de l'estime de soi, on avance que dans le deuil, l'estime de soi est préservée alors qu'elle est diminuée chez la personne dépressive. On spécifie alors que les atteintes à l'estime de soi que l'on peut parfois observer chez l'endeuillé sont généralement liées au sentiment d'avoir failli à l'égard du défunt [46] [155].

Si l'endeuillé pense parfois à la mort, c'est généralement parce qu'il désire « rejoindre » le défunt. Le dépressif vivrait plutôt un désir de cesser de vivre relié au fait qu'il sent généralement qu'il n'a pas de valeur, qu'il ne mérite pas de vivre ou qu'il est incapable de composer avec la souffrance de la dépression [46] [155].

Au-delà de la clinique, le passage d'une thymie dépressive évaluée comme normale à une thymie dépressive évaluée comme pathologique semble dépendre d'un facteur essentiel qui est la question du temps.

Dans le DSM-5, passé un délai de 15 jours et en fonction de l'intensité des symptômes, le sujet peut s'inscrire dans un syndrome dépressif.

Une note, incluse dans le libellé des critères de la dépression, indique toutefois que : « Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou jugés appropriés en regard de la perte, la présence d'un épisode dépressif caractérisé, en plus de la réponse normale à une perte importante, doit être considérée attentivement. Cette décision fait appel au jugement clinique qui tiendra compte des antécédents de la personne et des normes culturelles de l'expression de la souffrance dans un contexte de perte. » [155]

Le DSM-5 reconnaît donc la similarité entre certains états de deuil et de dépression et invite les cliniciens à faire preuve de prudence dans leur diagnostic.

Il précise que les deux états peuvent se chevaucher, mais que cela ne peut être évalué que par un clinicien qui fait preuve d'un jugement clinique nuancé qui tient compte à la fois de l'histoire de l'individu et des normes culturelles d'expression de la souffrance en contexte de deuil.

- **Le Prolonged Grief Disorder**

Le DSM 5 apporte également la définition d'une entité pathologique propre : le « trouble du deuil complexe persistant » (TDCP) ou Prolonged Grief Disorder [49].

Certains auteurs ont pensé que l'importance croissante dans la littérature du deuil compliqué allait permettre une reconnaissance de celui-ci en tant que catégorie nosographique à part entière. Ce cadre nosographique a en effet fait l'objet d'un consensus d'experts mais il fait partie du chapitre « conditions for further study » dans lequel sont regroupés les troubles dont la validation nécessite des données de preuves supplémentaires pour recommander leur utilisation en pratique clinique [49].

Un deuil compliqué persistant survient lorsqu'un sujet a fait l'expérience du décès d'une personne proche et qu'il présente des symptômes cliniquement significatifs, disproportionnés pour sa culture et responsables d'une incapacité fonctionnelle importante, pratiquement tous les jours et pendant une durée supérieure à 12 mois pour les adultes et 6 mois pour les enfants [49].

Nous nous appuyons sur la traduction des symptômes du deuil prolongé persistant proposée dans le collège national des enseignants de psychiatrie [46] :

-Au moins 1 symptôme parmi les 4 suivants :

- une nostalgie persistante concernant le défunt ;
- une tristesse et une souffrance intense en réaction à la mort ;
- des ruminations concernant le défunt ;
- des ruminations concernant les circonstances de la mort.

-Et au moins 6 symptômes parmi les 12 suivants :

- une difficulté marquée à accepter la mort ;
- une incrédulité ou une anesthésie affective concernant la perte ;
- des difficultés à se remémorer des souvenirs positifs du défunt ;
- de la colère ou de l'amertume face à la perte ;
- une tendance à l'auto-accusation relative au décès ;
- un évitement excessif des situations/objets qui rappellent le défunt ;
- des idées de mort pour rejoindre le défunt ;

- des difficultés à faire confiance à autrui depuis le décès ;
- un sentiment de solitude ou de détachement vis-à-vis d'autrui depuis le décès ;
- un sentiment que la vie est vide de sens sans le défunt ou la croyance qu'il est impossible de continuer à vivre sans le défunt ;
- un sentiment de perte d'identité (comme l'impression qu'une partie de soi est morte avec le défunt) ;
- un refus ou une réticence à investir des nouveaux objectifs et à planifier le futur depuis la perte.

1.c) Différentes formes de deuil complexes : éléments de repérages cliniques

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les différentes complications secondaires à un deuil :

- Certaines conceptualisations sont héritées de la littérature dite thanatologique. Elles abordent les complications de deuil comme des complications de la temporalité et incluent des spécificités pédiatriques intéressantes. Cependant elles font encore l'objet de débats scientifiques.

Elles incluent le deuil chronique défini comme une détresse liée à la perte d'un être cher, qui se prolonge dans le temps [156] [157], le deuil inhibé ou absent qui correspond à l'absence de réaction particulière, notamment aucune émotion négative manifeste, masquée par une symptomatologie d'ordre somatique et qui est fréquente chez les enfants [4] [158] [159], et le deuil différé ou post-posé défini comme l'absence de souffrance particulière juste après le décès, susceptible de se réactiver à l'occasion d'une perte ultérieure. Le deuil différé est fréquent chez les jeunes enfants, qui intègrent la réalité de la perte en fonction de leur développement [4] [157] [159] [160]. Il faut être attentif au deuil différé : l'enfant peut avoir perdu son proche très récemment, mais avec un processus de deuil qui vient s'enclencher ou se réactiver des années après le décès, par exemple dans les situations où des enfants s'effondrent après avoir passé des années à être dans des adaptations défensives suite au(x) décès de leur(s) parent(s) dans leur prime enfance.

- Hanus définit le « deuil difficile » comme un deuil présentant des facteurs rendant le deuil plus difficile : le jeune âge de l'endeuillé, la perte d'un enfant, des circonstances inhabituelles, violentes, brutales ou une perte vécue comme particulièrement injuste.

Il classe donc dans les deuils difficiles les deuils faisant suite à des morts violentes et brutales [161].

Il distingue le deuil compliqué du deuil pathologique ainsi : « Le deuil compliqué est celui qui se manifeste par la décompensation d'une pathologie psychologique ou somatique qui était connue antérieurement mais qui s'aggrave du fait du deuil alors que le deuil pathologique est celui qui inaugure une maladie qui ne s'était pas manifestée jusque-là. » [161].

Par cette définition, nous pourrions dire que l'auteur sous-entend que le deuil pathologique pourrait révéler une vulnérabilité sous-jacente.

- Le « deuil traumatique » est défini par Marie-Laure Bourgeois comme le deuil dû à une mort violente [162].
- Pour Alain Sauteraud l'importance des cauchemars et le désir d'oublier le traumatisme originel dans le deuil traumatique, contraste avec le peu de cauchemars et la peur d'oublier que l'on retrouve dans le deuil difficile [163].
- Pour certains auteurs le « deuil psychiatrique » est perçu comme l'apparition d'une pathologie psychiatrique dans un contexte de deuil, ce concept recouvre une symptomatologie très hétérogène : de la réaction dépressive à l'épisode dépressif sévère avec idées suicidaires ou tentative de suicide, de la phase d'hyperactivité à l'authentique épisode maniaque, de la manifestation anxieuse passagère à la grande crise d'angoisse, voire au trouble anxieux généralisé, des manifestations phobiques, des conduites à risque, des addictions ou des automutilations [164].
- Pour d'autres, le deuil pathologique n'altère pas la santé mentale mais se traduit simplement par un développement chronologique inhabituel alors qu'une altération de la santé mentale signerait un deuil psychiatrique [165].

Ainsi, la question de la terminologie des complications du deuil est également sujette à débat. En effet on retrouve dans la littérature, tout un vocabulaire autour de la question des complications du deuil mais qui reste non consensuel et à controverse. Ainsi, on peut lire les termes de deuil difficile, deuil psychiatrique, deuil pathologique, deuil compliqué, deuil

différé, deuil entravé, deuil inhibé, deuil intensifié, deuil chronique, deuil traumatique, pour lesquels la définition est quasiment propre à chaque auteur.

Une autre différence sur le plan clinique concerne les idées de mort dans le cadre d'un deuil. Sur le plan terminologique, l'idée suicidaire renvoie toujours à la notion de pathologie. Il est important de la distinguer de l'envie de rejoindre le défunt.

Il n'existe pas de terminologie sémiologique pour décrire cette envie de rejoindre la personne morte en psychiatrie contrairement à la psychologie clinique qui parle d'idées de mort. C'est d'ailleurs cette notion « d'idée de mort » qui est utilisée dans la traduction du PGD dans le DSM-5.

1.d) Synthèse

Le consensus des nosographies internationales actuelles (DSM-5 et CIM-10) préconise de considérer tout trouble psychiatrique caractérisé qui surviendrait au décours d'un deuil, de la même façon que s'il survenait dans un autre contexte. Qu'il s'agisse d'une dépression ou d'un trouble anxieux, il convient de ne pas sous-estimer les symptômes, sous prétexte qu'ils apparaissent dans un contexte de deuil.

Pour la CIM-10, le deuil comme changement existentiel important et événement stressant est intégré dans les troubles de l'adaptation. Aucun diagnostic n'apporte de nuance quant à la présence d'un deuil et ainsi tout tableau pathologique découlant de cet événement doit être considéré comme un trouble psychiatrique à part entière.

Le DSM-5 apporte une entité nosographique innovante avec la notion de deuil compliqué persistant qui pose un consensus temporel quant au déroulement d'un deuil normal chez l'adulte (1 an) et chez l'enfant (6 mois). Au-delà de cette temporalité, il pose également un cadre symptomatique. Cependant, ce diagnostic ne figure encore que dans les annexes : catégorisation qui requiert des études complémentaires.

On peut s'interroger quant à la place future que prendra ce diagnostic pertinent notamment en termes de diagnostic différentiel avec un trouble de l'humeur type dépression et en termes de proposition thérapeutique. Il serait également pertinent de pouvoir préciser certaines spécificités pédiatriques quant à l'expression de ces symptômes.

Parallèlement, le DSM-5, et contrairement à la 4ème version, invite plus clairement le clinicien à effectuer une réflexion sur la temporalité du deuil et à faire preuve de prudence

dans son diagnostic même si l'espace consacré à la réflexion sur les différences et similarités entre deuil et dépression reste restreint. Par ailleurs cette nuance paraît essentiellement unidirectionnelle.

En effet, celle-ci invite à prendre les précautions nécessaires afin de ne pas sous-diagnostiquer les dépressions des gens endeuillés alors que le souci d'éviter de diagnostiquer incorrectement la personne endeuillée comme étant dépressive est absent de cette note. Cette démarche favorise donc la sensibilité à la spécificité.

Cet aspect peut être une des explications quant à la multiplicité des termes utilisés dans la littérature pour parler des complications de deuil et de la difficulté à les classer.

Cette note suggère également une part importante du jugement du clinicien, ce qui peut donc entraîner des variabilités importantes dans l'évaluation de cette différenciation. Cette variabilité peut donc questionner la place accordée à la sensibilisation et la formation de chaque psychiatre et pédopsychiatre sur le deuil, et notamment aux différentes nuances entre le deuil et la dépression.

Par ailleurs cette nuance peut paraître incomplète car elle ne tient pas compte d'éléments comme le contexte dans lequel survient ce deuil. Ainsi le deuil chez un enfant, ou consécutif à une mort brutale ou des décès répétés seraient à considérer sur un même plan d'égalité.

Les auteurs du DSM-5 auraient donc pu inviter à encore plus de prudence lorsque le diagnostic est difficile à poser notamment pour éviter de « pathologiser » toutes les manifestations du deuil.

Le risque ne serait-il pas que le deuil soit trop souvent diagnostiqué, à tort, comme étant une dépression ? Ce flou diagnostique n'est-il pas source de prescription médicamenteuse inadaptée ?

Par ailleurs, nous pouvons questionner la terminologie de « deuil pathologique ». Est-ce vraiment le deuil en soi qui est pathologique ou plutôt les difficultés rencontrées par l'enfant dans son travail de deuil ?

Ce n'est pas tant l'événement en soi que le cumul de plusieurs facteurs de risque qui s'avèrent potentiellement source de fragilité psycho affective.

Peut-être serait-il plus adapté de parler de « pathologie ayant émergé dans les suites d'un deuil » ?

1.e) Illustration clinique

La question de différencier un deuil normal d'un deuil pathologique est au cœur même de ce cas clinique.

Sur le plan des classifications internationales, la CIM-10 solutionne peu cette question. En effet, la problématique du deuil est très peu abordée. La symptomatologie de Nathan s'intégrerait alors soit dans un trouble de l'adaptation soit dans un trouble de l'humeur type épisode dépressif.

Le DSM-5 paraît beaucoup plus intéressant avec une approche plus nuancée de cette distinction. La clinique de Nathan vient parfaitement illustrer les difficultés rencontrées pour distinguer le deuil de son diagnostic différentiel principal à savoir le trouble dépressif.

La note complémentaire dans le chapitre trouble de l'humeur paraît d'autant plus importante face à de telles situations et vient souligner toute la complexité de la clinique de l'enfant endeuillé.

Pour Nathan il s'agit clairement de poser la limite entre des symptômes de deuil normaux et pathologiques.

Les préoccupations autour du manque de son père, l'apparition des symptômes dans les suites du deuil pourraient nous faire penser à l'expression d'un travail de deuil.

Cependant, le caractère très bruyant et chronique de la symptomatologie à savoir la forte tonalité thymique, les troubles du comportement massifs au domicile, les troubles du sommeil, l'agitation et les troubles de la concentration sont autant d'arguments qui font évoquer la présence d'un trouble psycho-affectif envahissant. Par ailleurs les répercussions fonctionnelles présentes et qui sont apparues progressivement, aussi bien sur les plans scolaire, familial et amical, sont clairement en faveur d'une entité pathologique constituée.

De plus la question de la temporalité est importante, sachant que ces symptômes sont apparus progressivement depuis le décès de son père il y a quatre ans mais avec des répercussions fonctionnelles invalidantes surtout depuis un an.

Le cas de Nathan vient également soutenir la réflexion quant au diagnostic de deuil prolongé persistant. Parmi les quatre symptômes principaux il remplit : une nostalgie persistante concernant le défunt, une tristesse et une souffrance intense en réaction à la mort, des ruminations concernant le défunt. Parmi les autres symptômes Nathan présente : une difficulté marquée à accepter la mort, une anesthésie affective concernant la perte, des difficultés à se remémorer des souvenirs positifs du défunt, de la colère ou de l'amertume face à la perte, des idées de mort pour rejoindre le défunt, un sentiment de solitude ou de détachement vis-à-vis d'autrui depuis le décès, un sentiment de perte d'identité (comme

l'impression qu'une partie de soi est morte avec le défunt), un refus ou une réticence à investir des nouveaux objectifs et à planifier le futur depuis la perte.

Ces symptômes sont présents depuis au moins 6 mois.

Ce diagnostic paraît pertinent dans le cas de Nathan car il réunit plusieurs aspects sémiologiques apportant ainsi une précision diagnostique : les symptômes, leur lien avec un deuil et la durée d'évolution.

2) Sur le plan psychodynamique

2.a) Présentation de deuil et mélancolie

Deuil et Mélancolie, publié en 1917, peut être considéré comme l'ouvrage central qui permet de poser les bases psychodynamiques de la distinction entre le deuil et la dépression.

C'est dans un contexte de conflit mondial et après avoir vécu d'intenses moments de dépression que Freud entreprend d'écrire un recueil d'articles destiné à clarifier et approfondir les différentes hypothèses théoriques sur lesquelles un système psychanalytique pourrait être fondé [167].

Ce croisement entre crises individuelle et nationale, introduit dans l'élaboration de la théorie psychanalytique des réflexions telles que la destruction, la confrontation à la mort, la capacité à élaborer psychiquement la perte d'un objet aimé et la polarisation de l'activité psychique entre l'amour de soi, appelé narcissisme, et l'amour de l'autre.

Parallèlement à la redéfinition des concepts d'inconscient, de pulsion, de refoulement dans La Métapsychologie en 1915, Freud utilise la compréhension de mécanismes normaux pour tenter d'élucider un état pathologique. C'est dans cette dynamique qu'il va tenter d'aborder le deuil et la mélancolie [18].

Cette distinction fait appel à des notions renvoyant aux travaux de Freud concernant la seconde topique de l'appareil psychique qu'il décline en trois instances : le moi, le surmoi et le ça.

Du point de vue topique, le moi est dans une relation de dépendance tant à l'endroit des revendications du ça que des impératifs du surmoi et des exigences de la réalité. Bien qu'il se pose en médiateur, chargé des intérêts de la totalité de la personne, son autonomie n'est

que toute relative. Du point de vue dynamique, le moi représente éminemment dans le conflit névrotique le pôle défensif de la personnalité, il met en jeu une série de mécanisme de défense, ceux-ci étant motivés par la perception d'un affect déplaisant [17].

Le rôle du surmoi est assimilable à celui d'un juge ou d'un censeur à l'égard du moi. Classiquement il est défini comme l'héritier du complexe d'œdipe et se constitue par intériorisation des exigences et des interdits parentaux [17].

Le ça constitue le pôle pulsionnel de la personnalité. Ses contenus, sont inconscients et correspondent à l'expression psychique des pulsions. Du point de vue économique, le ça est pour Freud le réservoir premier de l'énergie psychique ; du point de vue dynamique, il rentre en conflit avec le moi et le surmoi [17].

2.b) Concepts fondamentaux différenciant deuil et mélancolie

Le deuil sert de base pour cerner le travail engagé à la suite de la perte. Celui-ci opère un détachement progressif, lent et douloureux de l'objet perdu vers un objet substitutif [167].

Dans le deuil, ces mouvements de détachement et de déplacement sont tous deux ordonnés, en dépit des résistances, par le principe de réalité. Après un temps de rébellion qui maintient l'existence psychique de l'objet perdu, le moi se trouve de nouveau libre, sans inhibition et prêt à réinvestir un autre objet [167].

Il n'en est pas de même chez le mélancolique. Freud définit la mélancolie comme : *« psychiquement, la mélancolie se caractérise par une humeur profondément douloureuse, un désintérêt pour le monde extérieur, la perte de la faculté d'amour, l'inhibition de toute activité et une autodépréciation qui s'exprime par des reproches et des injures envers soi-même et qui va jusqu'à l'attente délirante du châtement »* [15].

Dans le discours mélancolique, la nature et l'objet de cette perte semblent justement confus et le sujet semble lui-même dans l'ignorance de ce qu'il a perdu. La libido n'est pas déplacée sur un objet substitutif mais se retire dans le moi et instaure une identification du moi à l'objet perdu [167].

Cette identification narcissique à l'objet s'établit chez le mélancolique pour faire l'économie d'un renoncement à l'objet dont l'abandon n'a pas pu être consenti et vient donc ici shunter une confrontation trop douloureuse au principe de réalité [167].

Toute l'ambivalence du lien unissant le sujet à son objet perdu se retrouve donc dirigée contre le moi à défaut de pouvoir investir un autre objet. Si cette substitution a vocation à maintenir l'amour pour l'objet perdu, il en est de même pour la haine qui se trouve alors dirigée contre le moi et peut ainsi prendre la forme d'une auto-agressivité importante [167]. Cela vient ainsi souligner une autre distinction fondamentale entre le deuil et la mélancolie. Chez l'endeuillé, le concept d'idée de mort vient éclairer un mouvement libidinal du côté de la remémoration avec l'idée d'aller vers la personne défunte. Alors que chez le mélancolique, ce mouvement libidinal dirigé contre le moi prend la forme d'un mouvement auto-agressif fort. Cette auto-agressivité pouvant prendre la forme d'idées suicidaires induit donc une vraie notion de rupture et signe la présence d'un état pathologique.

Par ailleurs si le travail de deuil appauvrit l'environnement chez l'endeuillé, c'est le moi qui s'appauvrit petit à petit chez le mélancolique. La perte de l'objet se transforme donc chez le mélancolique en perte narcissique, substituant au conflit entre le moi et l'objet, une scission entre le moi, modifié par identification, et l'instance critique [167].

2.c) Synthèse

La mélancolie se caractérise donc principalement par l'impossibilité d'accepter la perte et d'investir un nouvel objet, par une identification narcissique substitutive ainsi qu'un mouvement libidinal ambivalent dirigé contre le moi.

Elle représenterait le non-aboutissement d'un travail de deuil classique.

Cependant l'instance du moi est en pleine construction chez l'enfant. Cette construction, ne constituerait-elle pas un facteur de vulnérabilité, fragilisant le moi face à la perte et au travail de deuil et facilitant ainsi la constitution d'un processus pathologique tel que la dépression ?

La démarche psychodynamique de Freud réunit donc deux entités : une normale et une pathologique. Plutôt que de les considérer comme deux réalités étrangères et opposées, il s'agit de partir du paradigme normal du deuil pour accéder à la compréhension de son processus pathologique à savoir la dépression.

Ce modèle explicatif permet donc d'insister sur la notion de continuum entre le deuil et la dépression. Cela nous permet ainsi de nuancer notre questionnement initial et plutôt que de voir une séparation rigide entre ces deux phénomènes cliniques, le deuil d'un côté et la

dépression de l'autre, il s'agit de considérer un gradient qui articule étroitement ces deux phénomènes.

Là où notre question initiale devait résoudre la question d'un deuil ou d'une dépression face à ce cas clinique, nous voyons qu'il paraît plus pertinent et intégratif sur le plan clinique et étiopathogénique de parler de deuil et de dépression.

2.d) Illustration clinique

Nous voyons que Nathan présente depuis au moins un an, un gradient clinique qui tend plus du côté de la dépression.

L'acceptation de la réalité de la perte semble chez lui encore très difficile et très vive malgré la temporalité du décès.

Le caractère restreint des intérêts, la perte d'intérêt pour les apprentissages, la baisse d'appétence sociale envers les pairs supposent un faible investissement libidinal d'autres objets.

Parallèlement à cet appauvrissement du moi, la clinique de Nathan nous fait supposer des mouvements internes contre son moi très négatifs et agressifs comme en témoigne sa fréquente dévalorisation. Un argument supplémentaire en faveur de cette hypothèse concerne les idées suicidaires. Pour Nathan, nous voyons que les idées suicidaires exprimées dépassent l'idée de mort limitée au désir de vouloir revoir son père mais s'intègrent dans un mouvement libidinal auto-agressif dirigé contre le moi beaucoup plus marqué et que l'on peut donc considérer comme pathologique.

L'ambivalence encore très présente, aussi bien à l'encontre de sa mère, mais également vis à vis du personnel soignant constatée lors de l'hospitalisation, pourrait renvoyer à la propre ambivalence du lien qui l'unissait à son père et qui s'est retournée contre son moi. L'inconfort suscité par cette ambivalence pourrait ainsi expliquer les projections comportementales explosives, notamment vis à vis de sa mère.

L'investissement positif du lien avec elle paraît donc encore très fragile et très imprégné d'une ambivalence interne qui peine à se structurer.

Ce cas clinique illustre parfaitement la notion de continuum entre un vécu dépressif s'intégrant dans un travail de deuil qui peine à s'élaborer et la constitution d'un trouble psycho affectif pathologique type dépression.

Pour Nathan, nous pouvons supposer un gradient initialement positionné sur le deuil et qui s'est progressivement déplacé au fil de temps vers un trouble de l'humeur.

IV) Prise en charge

1) Introduction

Un des enjeux de pouvoir distinguer le deuil de la dépression réside dans les objectifs de projet thérapeutique que l'on peut proposer à l'enfant.

Ces deux entités cliniques s'appuient sur des outils et des projets de soin différents et dont les enjeux peuvent avoir un impact sur le pronostic du patient.

La question notamment de la prescription médicamenteuse s'intègre dans ce raisonnement.

En quoi consiste l'accompagnement du travail de deuil d'un enfant endeuillé ? Quelles sont les modalités de prise en charge du trouble dépressif chez l'enfant ?

Quelle place occupe la prescription médicamenteuse dans le projet de soin ?

2) Accompagnement de l'enfant dans le processus de deuil

2.a) L'enfant face au travail de deuil

- Principes généraux

Les auteurs soulignent l'importance de pouvoir communiquer avec l'enfant endeuillé et ne pas l'isoler en pensant le préserver d'une réalité trop brutale. L'enfant a besoin de pouvoir être soutenu et accompagner dans l'élaboration d'un travail de deuil qui se veut à la fois indispensable mais également contraignant et douloureux [4] [168].

Il est important de pouvoir répondre aux questions qu'il se pose avec des mots simples et accessibles en tenant compte de ce qu'il peut ressentir [4] [168].

Le silence, la désinformation et les non-dits pourraient être interprétés comme un manque de confiance à son égard, voire un rejet et pourraient constituer des facteurs de risque potentiels entravant le bon déroulement de ce travail [6].

De même, toute phrase confusionnante de l'adulte autour de la mort et de ses représentations, serait à éviter car potentiellement délétère dans le processus d'élaboration psychique de l'enfant.

Cependant, dire la vérité sur la mort d'un parent ne signifie pas en révéler les moindres détails, ce qui pourrait entraîner un traumatisme secondaire. Il s'agit de l'informer, en tenant compte de son développement et de ses difficultés du moment.

Si parler peut permettre la mise en sens et l'élaboration d'un récit, aucun forçage de la parole n'est thérapeutique [5].

- Le travail de deuil

Dans cette démarche d'accompagnement de l'enfant endeuillé, les différents auteurs rappellent qu'il est primordial de savoir où se situe l'enfant par rapport à sa compréhension de la mort tout en l'accompagnant dans l'élaboration et la mise en sens de ces concepts [5].

La dynamique développementale implique que l'enfant revive son deuil au cours de sa croissance. En effet, chaque étape de son développement va l'amener à se réapproprier le lien qui l'unit au défunt avec ses nouvelles capacités de compréhension du monde, du temps, de l'espace et du raisonnement logique [6].

Comme nous l'avons vu, le travail de deuil est un travail long et qui passe par des phases douloureuses mais essentielles. L'enfant a d'autant plus besoin d'être soutenu qu'il n'a pas toujours le bagage nécessaire pour pouvoir appréhender ces différentes étapes sans être submergé.

Proposer à l'enfant, sans le lui imposer, d'assister aux différents rituels de deuil tels que les funérailles peuvent l'aider dans le processus d'ancrage de la réalité de la perte. Si l'enfant accepte d'assister à ces rituels, la présence d'un adulte qui l'aide à mettre en mots ce qu'il voit et ce qu'il vit contribuerait à le soutenir [6] [168].

Les angoisses de séparation de l'enfant consécutives à la perte peuvent renvoyer à la peur de mourir, d'être abandonné ou encore de perdre le parent restant et témoigneraient d'un besoin de réassurance sur son devenir et son sentiment de sécurité. Lui rappeler que la mort n'est pas contagieuse et que des adultes continueront à prendre soin de lui pourrait aller dans le sens de cette réassurance [4].

La culpabilité, issue de la pensée magique et de l'ambivalence inconsciente à l'égard du défunt, peut parfois envahir l'enfant sans que celui-ci ne puisse mettre en mots ce qu'il vit. L'aider à pointer et verbaliser de façon accessible ce ressenti, le rassurer dans un premier temps par rapport à sa normalité puis sur le fait que cela n'ait pas provoqué la mort permettrait de baliser et de soulager cette culpabilité [4].

Accueillir et soutenir la parole de l'enfant autour des souvenirs avec le défunt et les mettre en perspective avec son histoire de vie pourrait aider l'enfant dans le processus d'intériorisation.

Par ailleurs, le rassurer sur le fait que l'aboutissement du travail de deuil ne consiste pas à oublier l'être défunt peut parfois atténuer certaines craintes qu'il pourrait avoir [4].

Accompagner un enfant endeuillé, c'est aussi pouvoir l'aider à se tourner vers la construction d'autres projets, l'investissement d'autres objets et à se dire dans une diachronie [169].

- La gestion des émotions

Les parents prennent plus facilement conscience de la souffrance des adolescents que de celles des enfants de moins de 13 ans [170]. Il paraît donc d'autant plus important de pouvoir légitimer les émotions aussi bien négatives que positives des jeunes enfants endeuillés. Au cours de son travail de deuil, l'enfant est en effet confronté à des émotions intenses qui peuvent parfois le déborder.

Ce soutien affectif peut prendre plusieurs formes : rassurer l'enfant quant à la normalité de ces émotions, l'aider à les identifier et à trouver un moyen acceptable de les exprimer.

Les pleurs peuvent, par exemple, être une voie de décharge physique adaptée.

Les médiations telles que le jeu ou le dessin peuvent être des outils de choix pour accéder au fonctionnement interne de l'enfant et pour l'accompagner dans l'expression de ses émotions et l'aider à s'approprier les différents événements [171].

2.b) L'entourage familial : un étayage indispensable

La famille apparaît comme un modérateur essentiel dans l'accompagnement de l'enfant et dans l'élaboration de son travail de deuil [4] [5].

L'étayage familial est ici à considérer dans son ensemble à savoir le parent restant et la fratrie mais également la famille au sens large incluant les grands parents, oncles, tantes, etc.

La cohésion, l'expression de l'affection et une bonne communication dans les familles sont évaluées comme permettant d'atténuer les symptômes de la douleur induite par la perte [147].

Howarth et al. ont identifié plusieurs facteurs externes comme ressources fondamentales afin de favoriser la résilience lors d'adversités rencontrées dans l'enfance. Il s'agit de la qualité de la relation, le soutien et la communication au sein de la famille comme relais protecteurs apportés par l'adulte. Ils sont également identifiés comme régulateur du système physiologique : un lien fort déterminerait des compétences d'autorégulation, et contribuerait ainsi à la résilience [142].

En effet, face à la perte d'un de ses parents, il semble que l'environnement familial soit un des facteurs de soutien et de résilience principal pour l'enfant et sur lequel il est possible d'avoir un impact.

Cet accompagnement familial consiste avant tout à garder une disponibilité physique et psychique pour soutenir l'enfant dans son travail de deuil mais également d'assurer une continuité dans son développement affectif et cognitif [5].

A l'inverse, l'ambivalence du parent en deuil concernant le parent décédé peut entraver un bon souvenir que l'enfant pourrait garder de celui-ci et l'absence d'explications pourrait entretenir des théories parfois magiques et potentiellement délétères [172].

Cela souligne donc une particularité essentielle du deuil chez l'enfant à savoir qu'il est dépendant de celui des adultes qui l'entourent.

Toute difficulté éprouvée par les adultes comme le refus de la mort, le silence, l'absence d'expression ou de verbalisation des émotions pourraient impacter de façon plus ou moins importante la façon dont l'enfant pourra vivre son deuil.

L'étude randomisée de Sandler explore l'impact d'un programme pour les familles endeuillées (FBP : Family Bereavement Program) sur différentes mesures du deuil chez

244 enfants (8–16 ans) ayant perdu un parent, sur une période de six ans [173]. Ce programme promeut la résilience en renforçant notamment les liens intrafamiliaux et certaines variables ayant montré qu'elles favorisaient l'adaptation à la suite de la perte d'un parent.

Ce programme comprend 14 sessions, 12 sessions en groupe et deux sessions individuelles, visant à réduire les problèmes psychologiques, favoriser le développement de compétences, notamment scolaires et sociales, et réduire les problèmes liés au processus de deuil [173].

Les résultats montrent une diminution des problématiques liées au processus de deuil (mesurées grâce à l'*Intrusive Grief Thoughts Scale* : IGTS) pour le groupe ayant bénéficié de l'intervention, ainsi qu'aux dimensions insécurité/ détachement de l'*Inventory of Traumatic Grief* (ITG) pour trois sous-groupes : chez ceux dont les scores au *Texas Revised Inventory of Grief* (TRIG) étaient les plus faibles au début, les plus âgés (> 13 ans) et les garçons. Les filles auraient une tendance plus élevée à avoir recours aux relations d'aide sociale, en dehors du programme, mais leurs réactions au deuil persistent plus dans le temps [173].

Il conforte l'importance de la place de la famille dans l'accompagnement de l'enfant en deuil. Cependant, aucune donnée ne permet de connaître l'effet du programme sur les changements au sein du processus de deuil et sur les problèmes psychologiques spécifiques [173].

2.c) Soutenir l'entourage de l'enfant

Cette dépendance au milieu familial pour la réalisation du deuil chez l'enfant implique néanmoins une attitude de vigilance quant à la disponibilité des adultes.

Les proches de l'enfant endeuillé étant eux même dans une forte vulnérabilité psychique, il serait important, en cas de difficultés, de pouvoir proposer une aide qui s'adresse à la famille et non pas qu'à un seul de ses membres car il est parfois difficile de trouver dans le parent survivant, dans les frères et sœurs, dans les grands-parents, l'attention que l'enfant demande [174].

Il conviendrait d'être particulièrement vigilant à la détresse parentale [143] et de lui proposer l'aide nécessaire. En effet être le parent restant est une réalité hautement douloureuse parce qu'il faut aussi porter son propre deuil [175] [176].

Le risque d'une moindre disponibilité psychique, notamment sur le plan affectif, doit être recherché avec vigilance car il pourrait geler les processus de développement et ainsi hypothéquer l'avenir de l'enfant [5].

L'attention portée aux proches d'un enfant endeuillé est donc essentielle afin qu'ils ne se trouvent pas en difficulté ou dans l'incapacité d'assurer la continuité des soins apportés à l'enfant [175] [176].

En aucun cas il ne s'agit de se substituer à la famille mais bien de la soutenir et la remobiliser dans l'accompagnement de l'enfant en encourageant l'expression émotionnelle partagée et des interactions familiales positives [143].

L'entourage de l'enfant inclut également d'autres intervenants comme le milieu scolaire. Les difficultés peuvent ainsi être majeures chez les enseignants qui ne reçoivent aucune formation à ce sujet et qui peuvent avec maladresse blesser durablement l'enfant en lui rappelant sa situation d'enfant orphelin ou les bouleversements de sa fratrie [177] [178].

Accompagner l'enfant endeuillé consiste donc également à être vigilant à la disponibilité de son entourage et à lui proposer des alternatives lorsque celui-ci rencontre des difficultés.

i. Le milieu associatif

Les associations mais aussi les pouvoirs publics, peuvent attirer l'attention sur les conséquences de la perte d'un parent.

Parmi les différentes associations, l'association « Vivre son Deuil » permet de recevoir et d'accompagner les enfants ayant perdu un parent au travers d'un suivi individuel et/ou groupal.

La commission des enfants et adolescents endeuillés de l'association comprend trois missions :

- accompagner au plus près les enfants et leurs parents sur leur chemin de deuil quel que soit leur âge et la date du décès ;
- informer, former le plus largement possible les professionnels de santé, les éducateurs, les psychologues mais aussi les parents, les instituteurs et toute personne au contact d'enfants confrontés au deuil ;

-sensibiliser le grand public à sortir la mort et le deuil du tabou social.

En 2017, la commission de l'association « Vivre son Deuil » des Hauts de France, comme transmis par le docteur Guy Cordier, a reçu 61 demandes pour des enfants endeuillés.

Sur ces 61 demandes : 54 émanaient de la famille et 7 de professionnels de santé.

Parmi ces demandes, 36 enfants ont pu bénéficier d'entretiens individuels, et 25 enfants de groupe de paroles pour enfants endeuillés. 11 entretiens parentaux d'enfants endeuillés ont été réalisés.

Le monde associatif peut ainsi constituer un lieu ressource et une alternative pour aider et accompagner non seulement les enfants endeuillés mais également leurs familles d'autant plus quand le milieu familial paraît fragilisé face à la perte.

ii. Place du monde médical

Face à un enfant confronté au deuil, le monde médical occupe essentiellement une place de sentinelle.

Le déroulement d'un deuil chez l'enfant n'implique pas de prise en charge médicale systématique. Il faut être attentif à ne pas vouloir psychiatriser le deuil et encore moins de vouloir prescrire systématiquement des traitements antidépresseurs ou anxiolytiques afin d'atténuer les étapes de ce processus.

Le travail de deuil est long, douloureux, dynamique mais incompressible et aucun traitement ne permet de faire l'économie de ce processus ou de s'y substituer [4].

Nous pouvons donc concevoir, que face à un deuil chez l'enfant, le monde médical occuperait plus une attitude de vigilance et de prévention en attachant une attention particulière à la capacité de l'entourage à pouvoir rester disponible pour accompagner et soutenir l'enfant dans son travail de deuil.

Dans ce sens, le monde médical pourrait par ailleurs expliciter sa disponibilité pour l'entourage en cas de questions quant au déroulement du deuil de l'enfant, en cas d'inquiétude face à certaines attitudes et qu'il puisse se montrer vigilant quant à la structuration d'un trouble psycho affectif avéré et proposer à l'enfant et à sa famille une prise en charge adaptée.

2.d) Synthèse

En fonction de son niveau développemental, l'enfant peut très vite se retrouver démuni face à la perte d'un proche, qui plus est un de ses parents, et face à l'essentiel travail de deuil, long et douloureux, qui en découle.

Il a besoin de s'appuyer sur un entourage qui puisse se rendre disponible psychologiquement et physiquement pour le soutenir dans l'élaboration de ce travail tant sur le plan cognitif qu'affectif.

C'est avant tout le milieu familial qui porte et accompagne l'enfant dans ce processus.

Cependant cette dépendance de l'enfant à son environnement le plus proche implique une vigilance particulière concernant une disponibilité familiale souvent fragilisée par le travail de deuil de chacun de ses membres.

Face à une situation de vulnérabilité, il paraît donc important d'adopter une attitude de prévention quant à l'accompagnement de l'enfant confronté à un deuil mais également vis-à-vis de sa famille.

Cette prévention peut se décliner en plusieurs points: informer de façon claire et accessible l'enfant et sa famille quant au déroulement du travail de deuil en insistant sur l'importance d'un soutien disponible et bienveillant pour l'enfant, remobiliser la famille au cœur de cet accompagnement, orienter vers un milieu d'écoute et de soutien comme le milieu associatif face aux questionnements et aux difficultés rencontrées par l'enfant et sa famille, être vigilant par rapport aux différents facteurs de risque personnels et environnementaux pouvant favoriser la structuration d'un trouble psycho affectif chez l'enfant.

Cette prévention soulève néanmoins plusieurs questions : doit-elle s'effectuer de façon systématique dès qu'un enfant est confronté à un deuil ? Si oui, quelles instances sociales peuvent aujourd'hui porter cette prévention et suivant quelles modalités d'intervention ? Quelle place occupe aujourd'hui le déroulement du deuil chez l'enfant dans la formation des professionnels de l'enfance ? En voulant investir le monde médical de ce rôle ne pourrait-on craindre une médicalisation systématique du travail de deuil ?

Quoiqu'il en soit il s'agit d'être vigilant quant à l'apparition et au développement de facteurs de risque pouvant précipiter la constitution d'un trouble psycho affectif de l'enfant.

2.e) Illustration clinique

Concernant Nathan, le décès de son père a probablement constitué un élément de vulnérabilité majeur au cours de son développement.

Cependant, les éléments que nous avons pu recueillir durant l'hospitalisation suggèrent que l'accompagnement dont il a bénéficié dans les mois et les années qui ont suivi le décès n'a probablement pas été suffisamment contenant et sécurisant.

La maman de Nathan a pu nous confier avoir eu beaucoup de mal à gérer son propre deuil et que cela a pu impacter sa disponibilité psychique et affective à l'égard de ses enfants. La dispute qu'elle nous a spontanément évoquée entre elle et son mari la veille du décès pourrait entretenir un vécu de culpabilité possiblement envahissant chez elle.

Par ailleurs, nous n'avons pas pu identifier dans leurs discours, la présence d'autres membres de la famille sur lesquels ils ont pu s'appuyer et qui les ont soutenus dans les suites du décès.

On peut ainsi concevoir que Nathan se soit retrouvé isolé face à son processus de deuil et à toute la gestion émotionnelle qui en découle.

Ces éléments constituent autant de facteurs qui fragilisent l'accompagnement du travail de deuil du patient.

L'hospitalisation et les soins prodigués ont pu constituer une alternative à un système familial à bout de souffle.

Les entretiens, longs et laborieux, révèlent un processus de deuil qui reste encore extrêmement fragile et verrouillé par une symptomatologie très bruyante.

Même constat concernant un vécu émotionnel qui reste très difficile d'accès mais qui s'avère très invalidant sur le plan fonctionnel.

L'utilisation de médiations telles que le dessin ou les dessins animés lors de l'hospitalisation ont pu constituer des supports plus appropriés dans l'approche du vécu interne de Nathan aussi bien sur le processus de deuil que sur le plan émotionnel.

Si ce cas clinique illustre l'importance de la disponibilité de l'entourage dans l'accompagnement de l'enfant endeuillé, il conforte la place indispensable accordée à la famille de l'enfant dans le processus thérapeutique. Aider le patient ne pourra pas se faire sans pouvoir aider l'entourage familial qui paraît ici dysfonctionnel. Pour optimiser le projet de soins de Nathan, il faut donc tenir compte des différents facteurs familiaux qui ont pu impacter et qui entretiennent encore ses difficultés.

En ce sens, il s'agit de pouvoir orienter rapidement la maman vers une structure de soin qui pourra la soutenir et l'accompagner dans son processus de deuil.

3) Prise en charge de la dépression de l'enfant

3.a) Introduction et déroulement de la prise en charge

Une étude de 2004 sur l'hospitalisation montrait que le diagnostic de dépression pour les hospitalisés était porté pour 5,4 % des enfants [179].

Devant l'importance du problème de la dépression chez les mineurs, des recommandations ont été élaborées tant en France que par les grandes sociétés savantes internationales.

Les principales recommandations françaises auxquelles nous pouvons nous référer concernant la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé chez l'enfant sont :

- la conférence de consensus de 1995 relative aux troubles dépressifs chez l'enfant : Reconnaître, soigner, prévenir, devenir [51] ;
- la mise au point AFFSSAPS de 2008 sur le bon usage des anti-dépresseurs chez l'enfant et l'adolescent [181].

Sur le plan international, nous pouvons citer deux textes importants :

- National Institute for Health and Care Excellence (NICE): Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care publié en 2005 [182];
- AACAP: Practice parameters for the assessment and the treatment of children and adolescent with depressive disorders publié en 2007 [183].

Concernant le traitement de la dépression de l'enfant, les principales recommandations préconisent la psychothérapie en première intention [184] [63].

3.b) Abords psychothérapeutiques

La mise en place d'une psychothérapie est repérée comme la première ligne thérapeutique à proposer dans ce cadre nosographique [184].

Quand il s'agit d'un épisode dépressif non encore constitué en tant que trouble pathologique et d'autant plus quand celui-ci apparaît réactionnel, la reconnaissance de cette dépression peut avoir une incontestable valeur thérapeutique sous réserve cependant que la réaction dépressive ne soit pas installée depuis trop longtemps [44] [45].

L'attitude thérapeutique est différente quand l'enfant s'inscrit dans une dépression intense et chronique type trouble dépressif persistant tel que décrit dans le DSM-5.

Dans ces conditions, il ne faut pas attendre de changements positifs du seul fait de l'énoncé diagnostique de dépression. Parfois même, celui-ci peut entraîner une réaction familiale de désignation pathologique de l'enfant. Dans le cas où la dépression menace l'organisation psychique de l'enfant, le recours à des approches psychothérapeutiques, familiales et/ou environnementales est nécessaire [44] [45].

Pour les états dépressifs inscrits dans le long cours et souvent associés à d'autres troubles de l'agir, il est d'abord indispensable de développer une bonne alliance de soin tant avec l'enfant lui-même qu'avec les parents. Celle-ci est indispensable pour éviter les ruptures thérapeutiques précoces, toujours préjudiciables pour l'enfant qui risque dans ces conditions de faire l'expérience douloureuse d'une répétition de pertes et d'absence de liens psychiques possibles [44].

La technique psychothérapeutique elle-même est fonction de l'âge de l'enfant, du thérapeute et des conditions locales [44] [45].

Il existe beaucoup moins de données sur l'influence du traitement de la dépression chez l'enfant que chez l'adolescent. Une méta-analyse a répertorié sept études sur des psychothérapies chez les enfants de moins de 13 ans souffrant de dépression, et a mis en évidence un impact significatif de ces psychothérapies sur la prise en charge de l'enfant [185] ; beaucoup de ces interventions utilisaient la thérapie cognitive et comportementale [185].

Des travaux récents comparant la psycho éducation avec ou sans intervention parentale ont révélé que les deux thérapeutiques ont permis de réduire la sévérité de la dépression des enfants entre 3 et 7 ans mais qu'avec une intervention parentale il existait des bénéfices en plus sur la fonction exécutive et la capacité à reconnaître ses émotions [186].

Par ailleurs l'aide apportée aux parents est d'autant plus importante que l'enfant est jeune [44].

La mise en évidence de la souffrance d'un enfant, sa prise en compte par la famille, la mobilisation qui en découle entraînent alors chez lui un soulagement le rendant plus réceptif à l'aide fournie par l'entourage [184].

Il est donc souvent nécessaire d'envisager un soin bi- ou plurifocal portant sur l'enfant mais également sur sa famille voire même sur l'environnement [44] [45].

Un espace thérapeutique couplé parents-enfant peut être proposé dans ce sens.

Il faut souligner l'intérêt mobilisateur dans les cas sévères d'une fréquence des séances plus élevée telle que deux séances par semaine. [44] [45].

De nombreux outils de soutien et d'étayage narcissique peuvent se montrer utiles en s'appuyant sur plusieurs professionnels avec des prises en charge en psychomotricité ou des travaux de groupe par exemple.

Il paraît également indispensable de tenir compte du contexte dans lequel a émergé le trouble dépressif afin d'en tenir compte dans l'espace thérapeutique.

3.c) Place du traitement médicamenteux

Concernant la prescription de traitement antidépresseur chez l'enfant de moins de 12 ans souffrant de trouble dépressif, nous nous appuyons sur les recommandations de l'AFFSSAPS de 2008 sur le bon usage des anti-dépresseurs chez l'enfant et l'adolescent [181].

Un traitement antidépresseur peut être envisagé en cas d'absence d'amélioration car l'antidépresseur peut améliorer les résultats de la psychothérapie en facilitant son déroulement [181].

Aucune précision n'est apportée quant à la durée de psychothérapie avant l'introduction du traitement. En cas trouble dépressif d'intensité sévère notamment lorsque la présentation clinique entrave la rencontre avec l'enfant lors du processus psychothérapeutique, nous pouvons nous appuyer sur les recommandations de la HAS relatives aux adolescents et qui préconisent une introduction plus rapide du traitement anti dépresseur dans ces cas précis [187].

L'indication du traitement médicamenteux se pose également si on assiste à une aggravation du tableau dépressif malgré la psychothérapie.

Les antidépresseurs ne sont pas indiqués lorsqu'il s'agit d'un épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée ou légère, lors de symptômes dépressifs isolés ou en nombre insuffisant et lors de symptômes sévères mais transitoires [181].

La prescription d'antidépresseurs en France concerne 22,5 à 28,5% des prescriptions de psychotropes réalisés chez l'enfant et l'adolescent [a] et la prévalence de cette prescription est comprise entre 0,4 et 0,77% [63]. Cette prévalence augmente avec l'âge de l'enfant [63].

Parmi les traitements, seule la Fluoxétine s'est montrée supérieure face aux placebos et se caractérise par son effet stimulant qui accélère l'effet thérapeutique dans les premiers mois de traitement [188] [63].

À l'heure actuelle, cette molécule est la seule qui dispose d'une AMM en France dans cette indication pour les enfants et les adolescents à partir de 8 ans.

Une méta-analyse indique 61 % de réponses positives au traitement médicamenteux, ce qu'il faut mettre en balance avec approximativement 50 % de réponses au placebo [189].

Si la fluoxétine a montré ses bénéfices chez les enfants souffrant de trouble dépressif, une étude a même mis en avant une meilleure efficacité de cette molécule chez l'enfant de moins de 12 ans que chez l'adolescent [190].

Le diagnostic posé, les orientations thérapeutiques vont donc découler de l'intensité de la dépression selon qu'elle est légère, modérée ou sévère. De même, les comorbidités vont devoir être prises en compte dans la démarche thérapeutique qu'il s'agisse de troubles anxieux, de troubles des conduites, de conduites à risque ou de consommation de toxiques. On accorde une importance particulière à la problématique des idées suicidaires car c'est le risque suicidaire qui, du fait de son importance, va dans un premier temps orienter la démarche thérapeutique.

- Mécanismes d'action des ISRS

Comme nous l'avons détaillé, l'hypothèse sérotoninergique est dominante : la dépression s'accompagne d'une diminution de la sérotonine circulante, ce qui provoque une hypersensibilisation des récepteurs dans la synapse [206].

Les ISRS bloquent la recapture pré-synaptique de la sérotonine mais ont aussi un effet sur l'expression génique du neurone : ils contribuent à la diminution de la synthèse des

récepteurs et à l'augmentation de la synthèse du BDNF diminué par l'exposition au stress dû à la sécrétion de glucocorticoïdes [57]. Ces mécanismes en cascade vont produire une désinhibition de la libération de sérotonine dans les voies cérébrales [46] [40].

Lors de la prescription initiale, le blocage de la pompe de recapture ne fait pas immédiatement augmenter la sérotonine dans la synapse. La sérotonine augmente d'abord dans les régions somato-dendritiques du neurone sérotoninergique ; cet effet sur les récepteurs 5-HT_{1a} n'explique pas les effets thérapeutiques mais peut expliquer les effets indésirables. Puis la sérotonine augmente rapidement dans les corps cellulaires du raphé antérieur. Ce n'est que dans un second temps que l'effet de la *down regulation* fait diminuer le nombre de récepteurs (désensibilisation) parallèlement à l'apparition des effets cliniques antidépresseurs [57] [40].

- Spécificité de la fluoxétine

De nouvelles propriétés de la fluoxétine ont été récemment mises en évidence : son action sur le micro-ARN-16(miR-16) [180].

L'effet de la fluoxétine sur les neurones à sérotonine est de libérer une molécule-signal, qui fait chuter la quantité de miR-16 dans les neurones à sérotonine mais aussi dans les neurones à noradrénaline. Ces neurones deviennent ainsi sensibles à la sérotonine. Ils continuent à produire de la noradrénaline mais deviennent mixtes : ils synthétisent aussi de la sérotonine. Finalement, la quantité de sérotonine libérée est accrue à la fois au niveau des neurones à sérotonine via l'effet direct de la fluoxétine qui empêche sa recapture et au niveau des neurones à noradrénaline via la diminution de miR-16 [40].

En plus de ses effets antagonistes 5-HT_{1a}, la fluoxétine est dotée d'effets antagonistes sur les récepteurs 5-HT_{2c}, ce qui a pour effet de stimuler également la libération de noradrénaline et de dopamine. Dès les premières prises, les patients peuvent ressentir un effet énergisant et anti-fatigue tandis que la concentration et l'attention s'améliorent. Cet effet énergisant est donc moins indiqué pour les patients agités, anxieux ou insomniaques [40].

Sur le plan pharmacocinétique, la fluoxétine a une demi-vie longue de quatre jours et son métabolite actif a une demi-vie de 2 semaines. Les conséquences en sont la possibilité d'une prise unique ainsi que la réduction des réactions de sevrage en cas d'arrêt brutal [40].

- Posologie

L'objectif est d'atteindre progressivement la posologie minimale efficace en tenant compte du poids de l'enfant. Il est recommandé de commencer par la dose la plus faible [101] [a] et d'augmenter progressivement la posologie jusqu'à la dose minimale efficace [63].

Pour les enfants de plus de 8 ans et les adolescents, le traitement doit être instauré et surveillé par un spécialiste et une psychothérapie doit être associée [101].

La dose initiale est de 10 mg/jour, soit 2,5 mL de fluoxétine 20 mg/5 mL, solution buvable. L'augmentation à 20 mg selon les cas est possible après 2 semaines de traitement en augmentant progressivement les doses [191] [290].

- Instauration et surveillance

La prescription d'antidépresseurs nécessite une évaluation soigneuse de l'indication, des bénéfices attendus et des risques potentiels, avec des mesures de surveillance de l'efficacité et de la tolérance qui impliquent le praticien mais demandent aussi une participation de l'entourage et du patient [181].

Attention il faut également tenir compte du vécu de l'enfant du fait de la prescription [63]. 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 [192] [63].

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 [63]. Le prescripteur doit accompagner ces mouvements psychiques et tenter de les prévenir [192].

- Effets secondaires

Une attention particulière doit être portée aux effets secondaires répertoriés notamment au risque suicidaire.

Une méta-analyse montre que la prévalence d'idées et de comportements suicidaires est deux fois plus importante chez les sujets ayant reçus un ISRS par rapport à ceux ayant reçus un placebo, sans comportement suicidaire fatal observé [63].

Lors des dépressions traitées chez l'enfant, les idées et le risque suicidaires font partie du tableau de la dépression. Ils sont au maximum le mois précédant le traitement et ils sont importants les premières semaines de traitement. Ensuite, après le premier mois de traitement, le risque diminue [63]. En fait, il y a peu de suicides « aboutis » relatés dans les études, mais des cas n'ont peut-être pas été signalés [193] [194].

Les actes suicidaires sont néanmoins susceptibles de survenir au-delà du premier mois de traitement ; une surveillance appropriée doit donc être maintenue après la phase aiguë [195].

Les mécanismes expliquant la relation entre antidépresseurs et événements suicidaires chez les sujets jeunes ne sont pas connus avec certitude, même si l'induction d'effets désinhibiteurs par les antidépresseurs [196] est considérée comme un facteur de risque possible. La demi-vie des molécules pourrait également jouer un rôle.

De la même façon, il n'y a pas d'éléments permettant d'identifier quels seraient les sujets les plus à risque pour ce type d'effet, en dehors de l'âge. La survenue d'événements psycho-comportementaux liés au suicide sous traitement actif est significativement supérieure à celle sous placebo jusqu'à l'âge de 18 ans environ [197] [63].

Sur le plan somatique, un risque d'induction d'arythmie ventriculaire si le patient présente un syndrome du QT long congénital est possible. Dans ce contexte, un ECG peut être réalisé dans le bilan thérapeutique.

Les autres effets secondaires sont les saignements, les céphalées, les nausées (surtout en début de traitement), les tremblements, les vertiges et l'insomnie [63]. Quelques cas d'akathisie, de désinhibition, d'agitation, d'irritabilité et d'aggravation des tics en cas de comorbidités ont été rapportés [63].

Dans ces cas une diminution de la posologie peut être utilisée [63].

Des perturbations de l'humeur à type d'humeur irritable (21%) ou d'élévation de l'humeur (6%) peuvent également être observées [63].

Peu de données sont disponibles sur les effets à long terme des traitements antidépresseurs. En raison de données précliniques montrant des effets de certains ISRS sur la maturation sexuelle chez le rongeur, une surveillance et un bilan endocrinien sont recommandés chez les enfants prépubères exposés à long terme aux antidépresseurs sérotoninergiques [181] [194] [198].

Le risque de syndrome sérotoninergique doit faire éviter les associations contre-indiquées : le millepertuis, le lithium, le tryptophane et les médicaments métabolisés par l'isoenzyme CYP2D6 [63].

- Arrêt du traitement

L'arrêt de la prise d'un antidépresseur ne doit pas se faire à l'initiative du patient ou de sa famille sans accompagnement du médecin. L'arrêt du traitement sera toujours progressif sur plusieurs semaines ou mois pour prévenir le risque de rechute. Il sera programmé avec le patient et son entourage [181].

La durée recommandée du traitement est longue pour éviter le risque de rechute dû à un arrêt trop précoce après amélioration de la symptomatologie : le traitement nécessite une consolidation de 6 à 12 mois après réduction des symptômes pour les patients ayant répondu en phase aiguë [199].

Cet arrêt progressif sera à réaliser préférentiellement en période de vacances scolaires [181].

- En cas de non-réponse

Les questions à se poser sont celles d'un mauvais diagnostic ou de l'existence de troubles psychotiques concomitants.

Avant la remise en cause de l'efficacité thérapeutique, il faut être vigilant à éliminer des facteurs habituels de mauvaise réponse thérapeutique tels qu'une faible observance, des comorbidités non traitées ainsi que des stress environnementaux persistants ou non encore explorés.

Une réponse partielle justifie des stratégies d'ajustement de dosage et la mise en place de modalités thérapeutiques combinées (ajout ou changement d'une psychothérapie structurée par exemple).

En effet, la persistance des symptômes dépressifs est associée à un risque élevé de rechutes dépressives et de chronicisation, et a un impact négatif à long terme sur le fonctionnement adaptatif [200].

Les troubles dépressifs notamment chroniques présentent un risque de récurrence non négligeable. Selon une étude menée pendant 5 ans auprès de 81 enfants déprimés âgés

de 8 à 13 ans, le taux de récurrences atteindrait 70 % à 5 ans pour les troubles dépressifs chroniques [51].

Une fréquence élevée de récurrence constitue un risque de pronostic péjoratif.

Une prise en charge psychothérapique adaptée constitue l'élément essentiel de la prévention des récurrences. De plus, des conseils donnés au patient et à son entourage, notamment de consulter rapidement son médecin en cas de modification de l'humeur, sont nécessaires pour détecter précocement l'apparition d'une récurrence [181].

Dans certains cas, on pourra se poser la question d'une dépression résistante.

Il n'y a pas d'études sur l'association IRS et antipsychotiques atypiques comme cela peut être indiqué chez l'adulte [201].

Il est donc possible dans un premier temps de changer d'antidépresseur et de renforcer la psychothérapie [202].

L'électro-convulsivothérapie est quant à elle peu documentée (contrairement aux indications pour la catatonie). La revue de Hazell [203] ne retrouve aucun essai ou revue concernant cette pratique dans la dépression de l'adolescent. Une recherche effectuée sur Medline n'apporte pas plus de résultats entre 2011 et 2015.

L'AACAP évoque cette indication pour les dépressions s'accompagnant de symptômes psychotiques [204].

L'utilisation de la stimulation magnétique transcrânienne (rTMS) dans les dépressions résistantes est encore au stade d'expérimentation et n'est donc pas à préconiser chez le jeune enfant [205].

3.d) Hospitalisation

Une hospitalisation peut être indiquée d'emblée ou au cours de l'évolution si une aggravation est constatée, soit en rapport avec le risque suicidaire, ou bien pour acter la nécessité d'une séparation thérapeutique.

En l'absence de recommandations concernant l'hospitalisation de l'enfant souffrant de trouble dépressif nous nous appuyerons sur les recommandations de la HAS de 2014 qui précisent dans une fiche synthétique les principaux éléments qui doivent faire prendre une décision d'hospitalisation chez l'adolescent [187] :

- un risque important de passage à l'acte auto- ou hétéro- agressif ;
- une forme sévère, notamment avec des symptômes psychotiques et un retentissement fonctionnel et/ou somatique importants ;
- l'impossibilité de mettre en place un suivi ambulatoire suffisamment structuré et soutenant ;

-un contexte socio-familial défavorable :

- environnement délétère,
- dégradation des relations secondaires au trouble dépressif,
- un cadre de vie ne permettant pas un accompagnement suffisant pour les soins.

3.e Synthèse

La psychothérapie occupe donc une place centrale dans le traitement de la dépression de l'enfant de moins de 12 ans. La prescription médicamenteuse et l'hospitalisation interviennent quant à elles dans des conditions plus spécifiques.

La prise en charge de la dépression de l'enfant est au cœur de la problématique soulevée dans ce travail de thèse : à savoir la distinction entre deuil et dépression.

L'enjeu de la prescription médicamenteuse soutient l'importance de pouvoir bien séparer ces deux entités. En effet la prescription d'antidépresseurs n'a d'indication que dans certaines conditions du trouble dépressif de l'enfant.

Cependant, la psychothérapie devra s'appuyer sur l'ensemble des facteurs qui ont contribué à la constitution du trouble dépressif et à ce titre tenir compte de la dimension et de l'impact du deuil.

Donc si cette la prise en charge impose de pouvoir distinguer le deuil de la dépression sur le plan clinique notamment pour l'aspect médicamenteux, elle les réunit pour optimiser la prise en charge psychothérapeutique.

Finalement si notre démarche initiale était de pouvoir faire la part des choses entre ces deux phénomènes cliniques, cette position tranchée a bien sûr son importance notamment sur le plan thérapeutique mais paraît beaucoup plus nuancée. L'espace thérapeutique est ainsi le lieu qui permet d'aborder ces deux entités cliniques dans une continuité du vécu douloureux du deuil, à la constitution d'un trouble dépressif plutôt que dans une opposition.

En amont de l'abord thérapeutique de la dépression de l'enfant, soulignons toute l'importance des projets de prévention mais aussi de repérage des éléments dépressifs chez l'enfant. Cette prévention devrait pouvoir inclure les médecins généralistes mais également tous les professionnels de l'enfance. Cela questionne également la place de l'école dans cette prévention car elle occupe une position majeure dans l'accompagnement de chaque enfant en lui donnant les moyens d'anticiper, sur la réalité, des attentes auxquelles il sera confronté [184].

3.f) Illustration clinique

Plusieurs éléments dans la présentation clinique de Nathan sont en faveur d'une hospitalisation : l'urgence suicidaire, les répercussions fonctionnelles majeures notamment sur le plan familial avec des troubles du comportement dépassant la contenance parentale, un repli social et une baisse des résultats scolaires, l'échec d'un suivi ambulatoire initié il y a un an, plusieurs dégradations secondaires au trouble dépressif avec une baisse des résultats scolaires, un repli social de plus en plus important.

C'est l'ensemble de ces éléments qui permet de justifier le projet d'hospitalisation.

Cette hospitalisation a permis de poser un cadre thérapeutique suffisamment contenant pour permettre d'endiguer la crise suicidaire mais également pour permettre d'évaluer la clinique de Nathan et son impact, et de proposer des hypothèses compréhensives quant aux facteurs l'ayant précipité.

Elle a ainsi permis de questionner le contexte d'émergence du trouble dépressif et notamment son installation progressive depuis le deuil de son père.

La prise en charge de Nathan a permis une amélioration de la symptomatologie avec un contact de meilleure qualité et un discours plus spontané et plus élaboré notamment concernant le vécu émotionnel.

C'est également dans ce contexte plus sécurisant, que la mère de Nathan s'est elle aussi autorisée à verbaliser et à prendre conscience de ses propres difficultés, amorçant ainsi une ébauche de remobilisation et d'inclusion de la famille dans le processus de soin de Nathan.

S'il est important de tenir compte des grandes difficultés de Nathan dans son processus de deuil dans l'espace thérapeutique, il ne faut pas réduire la prise en charge à la seule problématique du deuil. C'est dans ce sens que d'autres espaces tels que des groupes thérapeutiques et un suivi en psychomotricité ont été proposés à Nathan afin de lui présenter d'autres pistes thérapeutiques en fonction de son trouble dépressif comme par exemple l'estime de soi, la valorisation et la place occupée par le corps dans la gestion émotionnelle.

Cette longue hospitalisation peut refléter la difficulté du personnel soignant et médical à établir les bases d'une alliance thérapeutique indispensable au projet de soin.

Dans le cas de Nathan, malgré une clinique alarmante, l'introduction du traitement antidépresseur ne s'est pas faite dans l'urgence dès les premiers jours de l'hospitalisation,

qui étaient plutôt centrés sur l'évaluation et l'anxiolyse de Nathan. Ce n'est qu'après l'élaboration d'une hypothèse diagnostique de trouble dépressif et face à une présentation clinique qui entravait grandement le processus thérapeutique, que la décision d'introduire le traitement anti dépresseur a été prise, soit deux semaines après son admission.

C'est l'ensemble du dispositif de soins à savoir le cadre contenant de l'hospitalisation, l'espace psychothérapeutique et la prescription médicamenteuse qui a permis de potentialiser la prise en charge du trouble dépressif de Nathan.

La suite de la prise en charge en ambulatoire paraît extrêmement importante.

Au vu de la sévérité de la présentation clinique initiale et face à un risque de rupture thérapeutique, un suivi psychothérapeutique intensif dans les semaines suivant l'hospitalisation peut s'avérer utile. Sur le plan individuel plusieurs objectifs pourront être élaborés en tenant compte de ce que l'hospitalisation a mis en évidence : aider Nathan dans le pointage et la gestion émotionnels en l'aidant à trouver des moyens d'expression moins bruyants et invalidants, un soutien à la revalorisation tout en incluant des éléments du travail de deuil. Nathan a su se montrer sensible aux médiations utilisées durant l'hospitalisation ; elles représentent donc un outil intéressant et adapté pour l'accompagner.

Le lien mère-enfant qui paraît fragile suggère de penser à un suivi bi-focal avec un espace spécifique dédié au lien entre Nathan et sa maman pour faciliter la communication entre eux deux notamment.

Il ne serait pas inintéressant d'inclure par la suite la fratrie dans la prise en charge en fonction de l'évolution.

Le projet d'hospitalisation programmée un mois et demi après la sortie sécurise le projet de soins en permettant une réévaluation clinique et thérapeutique dans une temporalité cliniquement acceptable.

Au-delà d'une prise en charge adaptée et soutenue, l'enjeu développemental notamment sur les plans cognitif et affectif, suggère une intervention la plus précoce possible face aux difficultés et aux troubles présentées par l'enfant

Conclusion :

Le deuil chez l'enfant est une entité qui reste encore très peu explorée par la littérature. Ce terme peut renvoyer à deux réalités distinctes mais pas toujours bien différenciées. D'un côté, le deuil comme réaction affective d'expression de la souffrance consécutive à la perte, et de l'autre, comme un processus psychique de tentative de dépassement de l'événement potentiellement psycho traumatique.

Si le deuil renvoie à un processus plutôt qu'à une stratification rigide, il est important de savoir où se situe l'enfant sur le plan développemental concernant le concept de mort. Par ailleurs, face à un travail de deuil douloureux mais indispensable, l'enfant doit pouvoir s'appuyer sur un entourage disponible et soutenant dans l'élaboration de ce processus psychique.

Si la réalité de la dépression est acceptée chez l'enfant la question d'une spécificité sémiologique est encore présente. Les classifications internationales se positionnent pour une non-spécificité. Parmi celles-ci, le DSM-5 adopte néanmoins une approche plus intégrative en réunissant, par exemple, au sein d'une même entité nosographique des critères tels que l'intensité et la temporalité.

D'un autre côté, les défenseurs d'une sémiologie spécifique au champ de l'enfance attirent l'attention sur le caractère polymorphe de la symptomatologie et insistent sur l'importance d'un nombre suffisant de symptômes et du contexte dans lequel ils s'expriment afin de poser le diagnostic de dépression chez l'enfant.

Il s'agit par la suite de proposer une prise en charge adaptée qui s'appuie essentiellement sur une psychothérapie et en fonction du contexte, sur certains leviers thérapeutiques tels que la prescription médicamenteuse ou une hospitalisation.

Le deuil et la dépression entretiennent des différences tant sur le plan clinique qu'étiopathogénique qui ne sont pas toujours simples à identifier mais qui sont néanmoins très importantes car elles impliquent des réalités thérapeutiques et donc pronostiques différentes. En effet, bien individualiser ces deux entités permet de ne pas sous diagnostiquer d'authentiques troubles dépressifs et à l'inverse de ne pas médicaliser et pathologiser tous les enfants endeuillés.

La souffrance dans un tableau de dépression dépasse celle liée à la perte que ce soit en termes de temporalité, d'intensité ou les deux, et envahit la plupart des domaines de vie de l'enfant avec des répercussions fonctionnelles invalidantes.

Cependant, si notre problématique initiale s'intéressait à dissocier le deuil et la dépression, notre réflexion à l'issue de ce travail paraît plus nuancée.

Plutôt que de les considérer comme deux entités disjointes il paraît plus pertinent de les aborder comme un continuum entre le vécu dépressif et la souffrance induits par la perte, et la constitution d'un trouble dépressif.

Les différents modèles explicatifs permettent de mettre en évidence plusieurs facteurs de risque sur les plans développemental, psychologique et environnemental pouvant moduler le gradient d'une entité adaptative vers une entité pathologique.

Ainsi, c'est probablement la vulnérabilité de la perte induite par le deuil à cet âge et l'accumulation de facteurs de risque, qui ont conduit à la constitution et au maintien d'un trouble dépressif chez Nathan.

La distinction sur le plan clinique et thérapeutique entre le deuil et la dépression paraît importante dans une perspective pronostique. Néanmoins une approche intégrative et inclusive permettrait d'adopter une attitude préventive visant à limiter le déplacement du gradient entre ces deux entités cliniques.

Bibliographie

1. Baussant-Crenn C. Le deuil : aspects cliniques, théoriques, thérapeutiques [Internet]. *Accompagner des personnes en deuil*. ERES; 2004 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/accompagner-des-personnes-en-deuil--9782749202228-page-15.htm>
2. Bercovitz A. *Accompagner des personnes en deuil: l'expérience du Centre François-Xavier Bagnoud* [Internet]. 2004 [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/accompagner-des-personnes-en-deuil--9782749202228.htm#memo>
3. Moralès-Huet M, Mintz A-S. 4 - Perte et deuil chez le jeune enfant et chez l'adulte. In: Guédeney N, Guédeney A, éditeurs. *L'attachement : Approche Clinique et Thérapeutique (Quatrième Édition)* [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2016 [cité 1 juill 2019]. p. 33-44. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B978229474519500004X>
4. Bacqué M-F, Hanus M. *Le Deuil*. Paris: Presses Universitaires de France; 2000.
5. Romano H. Le deuil chez l'enfant : spécificités selon les âges. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 sept 2017;65(5):318-27.
6. de Broca A. Deuil chez l'enfant. L'enfant endeuillé. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2013;171(3):164-7.
7. Wolfenstein M. How is mourning possible. *Psychoanalytic study of the child* 1966;21:93—123.
8. Broca A de. *Deuils et endeuillés*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2010
9. Zech E. *Psychologie du deuil. Impact et processus d'adaptation au décès d'un proche*. Belgique: Mardaga; 2006286.
10. Nader K, Salloum A. Complicated grief reactions in children and adolescents. *J Child Adolesc Trauma* 2011;4(3) : 233-57

11. Diarem S, Tsiantis J, Romer G, Tsalamaniotis E, Anasontzi S, Paliakosta E, et al. Mental health support for children of parents with somatic illness: a review of the theory and intervention concepts. *Fam Sys Health*. 2007 ; 25(1) : 98-118
12. Himebauch A, Arnold RM, May C. Grief in children and developmental concepts of death. *J Palliat Med*. 2008 ; 11(2) : 242-3
13. Hunter SB, Smith DE. Predictions of children's understandings of death : age, cognitive ability, death experience and maternal communicative competence. *Omega*. 2008 ; 57(2) : 143-62
14. Hanus M, Sourkes BM. *Les enfants en deuil: portraits du chagrin*. Paris: Ed. Frison-Roche; 1997.
15. Freud S, Laufer L, Weill A. *Deuil et mélancolie*. Paris: Éd. Payot & Rivages;
16. Lussier M. *Le travail de deuil*. Paris: Presses universitaires de France; 2007. 254 p. (Le fil rouge. Section 1, Psychanalyse).
17. Laplanche J, Pontalis J-B. *Vocabulaire de la psychanalyse*. 5. ed. Paris: Pr. Univ. de France; 2009. 523 p. (Bibliothèque de psychoanalyse).
18. Freud S, Laplanche J. *Métapsychologie*. 1994.
19. HANUS M. *Les deuils dans la vie*. Maloine ; 1994. p.101
20. HANUS M. *Les deuils dans la vie*. Maloine ; 1994. p.128
21. Guedeney N, Guedeney A. *L'attachement: approche clinique et thérapeutique* [Internet]. 2016 [cité 1 mai 2020]. Disponible sur: <http://ezproxy.usherbrooke.ca/login?url=http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294745195>
22. Bowlby J. *Attachement et perte*. Paris: Presses universitaires de France; 2002.
23. Zech E. Chapitre 4. Théories du deuil. *Prat Psychol*. 2006;147-79.

24. Zech E. Chapitre 5. Processus de coping naturels. *Prat Psychol.* 2006;181-212.
25. Clavandier G. *Sociologie de la mort: vivre et mourir dans la société contemporaine.* Paris: Colin; 2009. (Collection U Sociologie).
26. Roudaut K. Le deuil : individualisation et régulation sociale. *Contrar.* 2005;Vol. 3(1):14-27.
27. Compan S. *Deuil pathologique ou pathologie du deuil ? [Thèse pour l'obtention du doctorat de médecine]. [Amiens] : Faculté de Médecine d'Amiens ; 2015*
28. Thomas L-V. *La mort.* Paris: Presses universitaires de France; 2008.
29. Posner K, et al. *Columbia-suicide severity rating scale,* 2009.http://www.cssrs.columbia.edu/docs/C-SSRS114_09_SinceLastVisit.pdf
30. Elias N, Muller S. *La solitude des mourants / suivi de Vieillir et mourir: quelques problèmes sociologiques .* Paris: Pocket; 2002.
31. Gorer G. *Ni pleurs ni couronnes, précédé de pornographie de la mort.* Epel ; 1995. p49-52
32. Klarsfeld A. Les séduisantes fonctions de la mort « naturelle », *L'Année sociologique,* Vol. 48, N° 2, 198, p. 486.
33. Wittwer H, Schäfer D, Frewer A, éditeurs. *Sterben und Tod: Geschichte, Theorie, Ethik: ein interdisziplinäres Handbuch.* Stuttgart: Metzler; 2010.
34. Freud S. *Considérations actuelles sur la guerre et sur la mort.* Paris : Payot ; 1982. pp. 7-40
35. Simmel G, Deroche-Gurcel L, Muller S. *Sociologie: étude sur les formes de la socialisation.* Paris: PUF; 2013.pp. 81-107.

36. Déchaux J-H. La mort dans les sociétés modernes : la thèse de Norbert Elias à l'épreuve | Cairn.info [Internet]. 2001 [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: https://www.cairn.info/revue-l-annee-sociologique-2001-1-page-161.htm?try_download=1
37. Louis Pratt, « Business Temporal Norms and Bereavement Behavior », *American Sociological Review*, Vol. 46, N° 3, juin 1981, pp. 317-333.
38. Edmund Leach, « Two Essays concerning The symbolic Representation of Time », in *Rethinking Anthropology*, London : Athlone, 1961. Cité par Tony Walter, « Modern Death : Taboo or Not Taboo ? », art. cit., p. 41.
39. Ariès P, Ariès P. La mort ensauvagée. Nachdr. Paris: Éd. du Seuil; 1997. 344 p. (L'homme devant la mort).
40. Welniarz B, Saintoyan F. Dépression de l'enfant et de l'adolescent : place du traitement médicamenteux et de l'hospitalisation. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. déc 2015;63(8):541-7.
41. Bourgeois ML. Études sur le deuil. Méthodes qualitatives et méthodes quantitatives. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. juin 2006;164(4):278-91.
42. Rey J. Depression in children and adolescents. *IACAPAP E-Textb Child Adolesc Ment Health*. 2012;
- 43 Résultats de la requête : Effectifs de décès [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <http://cepfdc-data.inserm.fr/cgi-bin/broker.exe>
44. Marcelli D, Cohen D. Enfance et psychopathologie [Internet]. 2016 [cité 20 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/book/9782294751271>
45. Marcelli D. Dépression chez l'enfant. *EMC - Psychiatr*. janv 2009;6(3):1-10.
46. Collège national des universitaires en psychiatrie. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie . 2016..

47. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012: correspondance et transcodage CIM10. Rennes: Presses de l'EHESP; 2012.
48. Weltgesundheitsorganisation, éditeur. Classification internationale des maladies, dixième révision, chapitre V (F): Troubles mentaux et troubles du comportement. ... Descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Paris: Masson; 1993. 305 p.
49. Crocq M-A, Guelfi JD, American Psychiatric Association. DSM-5 ®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2016.
50. Lebovici S, Diatkine R, Soulé M. Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. 4 4. 2004.
51. Conférence de consensus. Les troubles dépressifs chez l'enfant : reconnaître, soigner, prévenir, devenir. Paris : Frisson-Roche ; 1997(331p)
52. Pfeffer CR, Klerman GL, Hurt SW, et al.— Suicidal children grow up : rates and psychosocial risk factors for suicide attempt during follow-up. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1993, 32, 106-113.
53. UNICEF France. Écoutons ce que les enfants ont à nous dire - Adolescents en France : le grand malaise. UNICEF France; 2014 p. 60.
54. Le sommeil de l'enfant [Internet]. Le sommeil de l'enfant. [cité 29 juill 2019]. Disponible sur: <http://sommeilenfant.reseau-morphee.fr/enfant/sommeil-de-lenfant/>
55. Ougrin D., Tranah T., Leigh E., Taylor L., Asarnow J.R. Practitioner Review: Self-harm in adolescents. J Child Psychol Psychiatry 2012 avr ; 53 (4) : 337-50.
56. Marcelli D. Le problème de la Dépression. In: Adolescence et psychopathologie. Paris: Masson; 2004.
57. Stahl SM. Psychopharmacologie essentielle. 4eéd. Lavoisier Médecine Sciences; 2015.

58. Arbisió C. Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence. *Psychol Clin Proj.* 2003;n° 9(1):29-58.
59. Drabick DAG, Gadow KD, Sprafkin J. Co-occurrence of conduct disorder and depression in a clinic-based sample of boys with ADHD: Conduct problems and depression. *J Child Psychol Psychiatry.* 26 avr 2006;47(8):766-74.
60. Leech SL, Larkby CA, Day R, Day NL. Predictors and Correlates of High Levels of Depression and Anxiety Symptoms Among Children at Age 10. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Févr 2006;45(2):223-30.
61. Angold A. Depressive comorbidity in children and adolescents: empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry.* déc 1993;150(12):1779-91.
62. Insee. Causes de décès des jeunes et des enfants | Insee [Internet]. [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2386052#tableau-figure1>
63. Benarous X, Cravero C, Cohen D. Prescription d'antidépresseurs chez les enfants et les adolescents. *EMC - Psychiatrie/Pédopsychiatrie* 2017;0(0):1-11 [Article 37-209-A-30]
64. Observatoire National du Suicide. Suicide. Enjeux éthiques de la prévention, singularités du suicide à l'adolescence. Paris; 2018 p. 221. Report No.: 3.
65. Beck F, Richard J-B. Analyses du Baromètre santé 2010. :19.
66. Robert M, Léon C, du Roscoät E. Comportements suicidaires en France métropolitaine : résultats du Baromètre santé 2014. *Évolutions.* 2017;(36):8.
67. Pfeffer CR, Lipkins R, Plutchik R, et al.— Normal children at risk for suicidal behavior : a two-year follow up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry,* 1988, 27, 34-41.
68. Wilkinson P.O. Nonsuicidal Self-Injury: A Clear Marker for Suicide Risk. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2011 août ; 50(8) : 741-3.

69. Asarnow J.R., Porta G., Spirito A., Emslie G., Clarke G., Wagner K.D., et al. Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2011 [cité 2012 sept 10]; <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0890856711003443>
70. Kerr P.L., Muehlenkamp J.J., Turner J.M. Nonsuicidal Self-Injury: A Review of Current Research for Family Medicine and Primary Care Physicians. *J Am Board Fam Med* 2010 mars 5 ; 23 (2) : 240-59.
71. Mishara B.L. Conceptions of death and suicide in children ages 6–12 and their implications for suicide prevention. *Suicide Life Threat Behav* 1999 ; 29 (2) : 105-18.
72. Ackerly W.C. Latency-Age Children who threaten od attempt to kill themselves. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1967 ; 7 (6) : 242-61.
73. Bush E.G., Pargament K.I. A quantitative and Qualitive Analysis of Suicidal Preadolescent Children and Their Families. *Child Psychiat Human Dev* 1995 ; 25 (4) : 241-52.
74. Gould M.S., Shaffer D. The Impact of Suicide in Television Movies. *N Engl J Med* 1986 ; 11 : 690-4.
75. Council on Communications and Media. Media Violence. *Pediatrics* 2009 oct 19 ; 124 (5) : 1495-503.
76. Dervic K., Brent D.A., Oquendo M.A. Completed Suicide in Childhood. *Psychiatr Clin North Am* 2008 ; 31 (2) : 271-91.
77. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 22 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_271964/fr/la-crise-suicidaire-reconnaitre-et-prendre-en-charge

78. Hawton K., Bergen H., Kapur N., Cooper J., Steeg S., Ness J. et al. Repetition of selfharm and suicide following self-harm in children and adolescents: findings from the Multicentre Study of Self-harm in England. *J Child Psychol Psychiatry* 2012 avr ; no-no.
79. ANAES. Prise en charge ado après suicide [Internet]. 1998 [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <http://193.49.126.9/conf&rm/Rpc/AdolescentsANAES.htm>
80. Action A.O. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with suicidal behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001 ; 40 (7 Supplement).
81. Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-Stone M, Kramer R, et al. Psychopathology Associated With Suicidal Ideation and Attempts Among Children and Adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. sept 1998;37(9):915-23.
82. Andrews JA, Lewinsohn PM. Suicidal attempts among older adolescents: prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992;31(4):655-662.
83. Gould MS, Greenberg TED, Velting DM, Shaffer D. Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42(4):386-405.
84. Marttunen MJ, Aro HM, Lönnqvist JK. Adolescence and suicide: A review of psychological autopsy studies. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. janv 1993;2(1):10-8.
85. Marttunen MJ. Mental Disorders in Adolescent Suicide: DSM-III-R Axes I and II Diagnoses in Suicides Among 13- to 19-Year-Olds in Finland. *Arch Gen Psychiatry*. 1 sept 1991;48(9):834.
86. Houston K, Hawton K, Shepperd R. Suicide in young people aged 15-24: a psychological autopsy study. *J Affect Disord*. Mars 2001;63(1-3):159-70.
87. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *J Child Psychol Psychiatry*. mars 2006;47(3-4):372-94.

88. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, et al. Psychiatric Risk Factors for Adolescent Suicide: A Case-Control Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mai 1993;32(3):521-9.
89. Shaffer D. Psychiatric Diagnosis in Child and Adolescent Suicide. *Arch Gen Psychiatry*. 1 avr 1996;53(4):339
90. McManama O'Brien KH, Becker SJ, Spirito A, Simon V, Prinstein MJ. Differentiating Adolescent Suicide Attempters from Ideators: Examining the Interaction between Depression Severity and Alcohol Use. *Suicide Life Threat Behav*. févr 2014;44(1):23-33.
91. Hallfors DD, Waller MW, Ford CA, Halpern CT, Brodish PH, Iritani B. Adolescent depression and suicide risk. *Am J Prev Med*. oct 2004;27(3):224-31.
92. Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D. Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. avr 2003;42(4):386-405
93. Renaud J, Berlim MT, McGirr A, Tousignant M, Turecki G. Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study. *J Affect Disord*. Janv 2008;105(1-3):221-8.
94. Turecki G, Brent DA. Suicide and suicidal behaviour. *The Lancet*. mars 2016;387(10024):1227-39.
95. Lamis DA, Jahn DR. Parent-Child Conflict and Suicide Rumination in College Students: The Mediating Roles of Depressive Symptoms and Anxiety Sensitivity. *J Am Coll Health*. févr 2013;61(2):106-13.
96. Séguin M, Renaud J, Lesage A, Robert M, Turecki G. Youth and young adult suicide: A study of life trajectory. *J Psychiatr Res*. 2011;45(7):863-70.
97. Bergeret J, Bécache A. *Psychologie pathologique théorique et clinique*. 2012.

98. Tereno S, Soares I, Martins E, Sampaio D, Carlson E. La théorie de l'attachement : son importance dans un contexte pédiatrique. *Devenir*. 1 juin 2007;Vol. 19(2):151-88.
99. Maisondieu J, Métayer L. Les thérapies familiales [Internet]. Paris: PUF; 2007 [cité 26 avr 2020]. Disponible sur: <http://www.cairn.info/les-therapies-familiales--9782130563976.htm>
100. Miermont J, Barrière A. Thérapies familiales. *Wwwem-Premiumcomdatatraitesps37-69905* [Internet]. 22 mars 2017 [cité 26 avr 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.sirius.parisdescartes.fr/article/1108369/resultatrecherche/3>
101. Desmarquet J, Goldziuk M. La thérapie familiale systémique. *Wwwem-Premiumcomdatarevues02416972v35i293S0241697214000619* [Internet]. 28 juin 2014 [cité 26 avr 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.sirius.parisdescartes.fr/article/905730/resultatrecherche/11>
102. Paineau D. 6/6 La thérapie familiale systémique. *Wwwem-Premiumcomdatarevues02416972v40i325S0241697219301240* [Internet]. 11 déc 2019 [cité 26 avr 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.sirius.parisdescartes.fr/article/1338570/resultatrecherche/10>
103. Selvini Palazzoli M. Contexte et méta-contexte dans la psychologie de la famille. *Thérapie familiale* 1981;2:19-27
104. Pommeypuy N. Thérapies systémiques. *Wwwem-Premiumcomdatatraitesps37-56145* [Internet]. 28 juill 2017 [cité 26 avr 2020]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.sirius.parisdescartes.fr/article/1130691/resultatrecherche/4>
105. Belzung C, Willner P, Philippot P. Depression: from psychopathology to pathophysiology. *Curr Opin Neurobiol*. févr 2015;30:24-30.
106. Galecki P, Talarowska M. Neurodevelopmental theory of depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 3 janv 2018;80(Pt C):267-72.

107. Tham MW, Woon PS, Sum MY, Lee T-S, Sim K. White matter abnormalities in major depression: evidence from post-mortem, neuroimaging and genetic studies. *J Affect Disord.* juill 2011;132(1-2):26-36.
108. Schmaal L, Veltman DJ, van Erp TGM, Sämann PG, Frodl T, Jahanshad N, et al. Subcortical brain alterations in major depressive disorder: findings from the ENIGMA Major Depressive Disorder working group. *Mol Psychiatry.* 30 juin 2016;21(6):806-12.
109. Gos T, Schroeter ML, Lessel W, Bernstein H-G, Dobrowolny H, Schiltz K, et al. S100B-immunopositive astrocytes and oligodendrocytes in the hippocampus are differentially afflicted in unipolar and bipolar depression: A postmortem study. *J Psychiatr Res.* nov 2013;47(11):1694-9.
110. Disner SG, Beevers CG, Haigh EAP, Beck AT. Neural mechanisms of the cognitive model of depression. *Nat Rev Neurosci.* 6 juill 2011;12(8):467-77.
111. Willner P, Scheel-Krüger J, Belzung C. The neurobiology of depression and antidepressant action. *Neurosci Biobehav Rev.* déc 2013;37(10):2331-71.
112. Prabhakaran V, Narayanan K, Zhao Z, Gabrieli JD. Integration of diverse information in working memory within the frontal lobe. *Nat Neurosci.* 1 janv 2000;3(1):85-90.
113. Nejad AB, Fossati P, Lemogne C. Self-referential processing, rumination, and cortical midline structures in major depression. *Front Hum Neurosci.* 10 oct 2013;7:666.
114. Fu CHY, Williams SCR, Cleare AJ, Brammer MJ, Walsh ND, Kim J, et al. Attenuation of the neural response to sad faces in major depression by antidepressant treatment: a prospective, event-related functional magnetic resonance imaging study. *Arch Gen Psychiatry.* 1 sept 2004;61(9):877-89.
115. Victor TA, Furey ML, Fromm SJ, Öhman A, Drevets WC. Relationship Between Amygdala Responses to Masked Faces and Mood State and Treatment in Major Depressive Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 1 nov 2010;67(11):1128.
116. Bhanji JP, Beer JS. Unpacking the neural associations of emotion and judgment in emotion-congruent judgment. *Soc Cogn Affect Neurosci.* mars 2012;7(3):348-56.

117. Penner J, Ford KA, Taylor R, Schaefer B, Théberge J, Neufeld RWJ, et al. Medial Prefrontal and Anterior Insular Connectivity in Early Schizophrenia and Major Depressive Disorder: A Resting Functional MRI Evaluation of Large-Scale Brain Network Models. *Front Hum Neurosci.* 30 mars 2016;10:132.
118. Yoshimura S, Okamoto Y, Onoda K, Matsunaga M, Ueda K, Suzuki S, et al. Rostral anterior cingulate cortex activity mediates the relationship between the depressive symptoms and the medial prefrontal cortex activity. *J Affect Disord.* avr 2010;122(1-2):76-85.
119. Elliott R, Rubinsztein JS, Sahakian BJ, Dolan RJ. The neural basis of mood-congruent processing biases in depression. *Arch Gen Psychiatry.* juill 2002;59(7):597-604.
120. Stuhmann A, Dohm K, Kugel H, Zwanzger P, Redlich R, Grotegerd D, et al. Mood-congruent amygdala responses to subliminally presented facial expressions in major depression: associations with anhedonia. *J Psychiatry Neurosci.* 1 juin 2013;38(4):249-58.
121. Arnold JF, Fitzgerald DA, Fernández G, Rijpkema M, Rinck M, Eling PATM, et al. Rose or black-coloured glasses? Altered neural processing of positive events during memory formation is a trait marker of depression. *J Affect Disord.* juin 2011;131(1-3):214-23.
122. Russo SJ, Nestler EJ. The brain reward circuitry in mood disorders. *Nat Rev Neurosci.* 14 sept 2013;14(9):609-25.
123. Hikosaka O. The habenula: from stress evasion to value-based decision-making. *Nat Rev Neurosci.* 1 juill 2010;11(7):503-13.
124. Kerestes R, Davey CG, Stephanou K, Whittle S, Harrison BJ. Functional brain imaging studies of youth depression: A systematic review. *NeuroImage Clin.* 2014;4:209-31.
125. Kier EL, Kim JH, Fulbright RK, Bronen RA. Embryology of the human fetal hippocampus: MR imaging, anatomy, and histology. *AJNR Am J Neuroradiol.* mars 1997;18(3):525-32.

126. Morrison KE, Rodgers AB, Morgan CP, Bale TL. Epigenetic mechanisms in pubertal brain maturation. *Neuroscience*. 4 avr 2014;264:17-24.
127. Saavedra K, Molina-Márquez A, Saavedra N, Zambrano T, Salazar L. Epigenetic Modifications of Major Depressive Disorder. *Int J Mol Sci*. 5 août 2016;17(8):1279.
128. Otsuki K, Uchida S, Hobara T, Yamagata H, Watanabe Y. [Epigenetic regulation in depression]. *Nihon Shinkei Seishin Yakurigaku Zasshi*. août 2012;32(4):181-6.
129. Paslakis G, Bleich S, Frieling H, Deuschle M. [Epigenetic mechanisms in major depression]. *Nervenarzt*. 26 nov 2011;82(11):1431-2, 1434-8.
130. Babenko O, Kovalchuk I, Metz GAS. Stress-induced perinatal and transgenerational epigenetic programming of brain development and mental health. *Neurosci Biobehav Rev*. janv 2015;48:70-91.
131. Zheng Y, Fan W, Zhang X, Dong E. Gestational stress induces depressive-like and anxiety-like phenotypes through epigenetic regulation of BDNF expression in offspring hippocampus. *Epigenetics*. 18 févr 2016;11(2):150-62.
132. Reisinger SN, Kong E, Khan D, Schulz S, Ronovsky M, Berger S, et al. Maternal immune activation epigenetically regulates hippocampal serotonin transporter levels. *Neurobiol Stress*. oct 2016;4:34-43.
133. Rao U, Hammen CL, Poland RE. Risk Markers for Depression in Adolescents: Sleep and HPA Measures. *Neuropsychopharmacology*. 4 juill 2009;34(8):1936-45.
134. Cattaneo A, Macchi F, Plazzotta G, Veronica B, Bocchio-Chiavetto L, Riva MA, et al. Inflammation and neuronal plasticity: a link between childhood trauma and depression pathogenesis. *Front Cell Neurosci*. 31 mars 2015;9:40.
135. Talarowska M, Galecki P. Cognition and Emotions in Recurrent Depressive Disorders - The Role of Inflammation and the Kynurenine Pathway. *Curr Pharm Des*. 2016;22(8):955-62.
136. Morris G, Carvalho AF, Anderson G, Galecki P, Maes M. The Many Neuroprogressive Actions of Tryptophan Catabolites (TRYCATs) that may be Associated with the Pathophysiology of Neuro-Immune Disorders. *Curr Pharm Des*. 2016;22(8):963-77.

137. Hodes GE, Ménard C, Russo SJ. Integrating Interleukin-6 into depression diagnosis and treatment. *Neurobiol Stress*. oct 2016;4:15-22.
138. Kim Y-K, Na K-S, Myint A-M, Leonard BE. The role of pro-inflammatory cytokines in neuroinflammation, neurogenesis and the neuroendocrine system in major depression. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 4 janv 2016;64:277-84.
139. Blazquez A, Mas S, Plana MT, Lafuente A, Lazzaro L. Fluoxetine pharmacogenetics in child and adult populations. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012;21:599—610.
140. Clerc J. Performances mnésiques chez des enfants orphelins : des difficultés spécifiques ? *Rech Fam*. 6 mars 2020;n° 17(1):45-57.
141. Dopp AR, Cain AC. The role of peer relationships in parental bereavement during childhood and adolescence. *Death Studies* 2012;36:41–60.
142. Luecken LJ. Long-term consequences of parental death in childhood : psychological and physiological manifestations. In: Stroebe , Hansson , Schut , Stroebe , Van den Blink , editors. *Handbook of bereavement research and practice : advances in theory and intervention*. Washington DC: Psychological Association; 2008. p. 397–416.
143. Haine RA, Ayers TS, Sandler IN, Wolchik SA. Evidence-based practices for parentally bereaved children and their families. *Professional Psychology : Research and Practice* 2008;39(2):113–21
144. Kalantari M, Vostanis P. Behavioural and emotional problems in Iranian children four years after parental death in an earthquake. *Int J Soc Psychiatr* 2010;56(2):158–67
145. Howarth RA. Promoting the adjustment of parentally bereaved children. *J Ment Health Couns* 2011;33(1):21–32
146. Schoenfelder EN, Sandler IN, Wolchik S, MacKinnon D. Quality of social relationships and the development of depression in parentally-bereaved youth. *J Youth Adolescence* 2011;40:85–96.

147. Delalibera M, Presa J, Coelho A, Barbose A, Franco MH. Family dynamics during the grieving process: a systematic literature review, *Cien Saude Colet*. 2015 Apr;20(4):1119
148. Mentec M, Flahault C. Perdre un parent dans l'enfance : état des lieux des connaissances théoriques et des enjeux cliniques. Description et enjeux de la perte d'un parent dans l'enfance. *Bull Cancer (Paris)*. 1 mars 2015;102(3):287-94.
149. Flahault C, Dolbeault S, Sankey C, Fasse L. Understanding grief in children who have lost a parent with cancer: How do they give meaning to this experience? Results of an interpretative phenomenological analysis. *Death Stud*. 14 sept 2018;42(8):483-90.
150. Kirwin KM, Hamrin V. Decreasing the risk of complicated bereavement and future psychiatric disorders in children. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 2012;18(1):62–78.
151. Balk D. Adolescent development and bereavement : an introduction. *The prevention researcher* 2011;18(3):3–9.
152. Drapper AR, Hancock M. Childhood parental bereavement : the risk of vulnerability to delinquency and factors that compromise resilience. *Mortality* 2011;16(4):285–306.
153. Corruble E. Deuil et dépression : évolution du DSM-5. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. avr 2013;171(3):168-71.
154. Pies RW. The Bereavement Exclusion and DSM-5: An Update and Commentary. *Innov Clin Neurosci*. juill 2014;11(7-8):19-22.
155. Bourgeois-Guérin V. Deuil ou dépression ? Réflexion critique sur la définition de la dépression du DSM 5. *Frontières [Internet]*. 12 janv 2016 [cité 19 avr 2020];26(1-2). Disponible sur: <http://id.erudit.org/iderudit/1034388ar>
156. Brink TL. Recovery from Bereavement. Colin Murray Parkes and Robert S. Weiss: New York: Basic, 1983, 329 pp. *Hosp J*. juin 1985;1(2):122-122.
157. Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss. *J Consult Clin Psychol*. 1989;57(3):349-57.

158. Bonanno GA. Resilience in the Face of Potential Trauma. *Curr Dir Psychol Sci.* juin 2005;14(3):135-8.
159. Wortman CB, Silver RC. The myths of coping with loss revisited. In: Stroebe MS, Hansson RO, Stroebe W, Schut H, éditeurs. *Handbook of bereavement research: Consequences, coping, and care* [Internet]. Washington: American Psychological Association; 2001 [cité 1 mai 2020]. p. 405-29. Disponible sur: <http://content.apa.org/books/10436-017>
160. Middleton W, Raphael B, Martinek N, Misso V. Pathological grief reactions. In: Stroebe MS, Stroebe W, Hansson RO, éditeurs. *Handbook of Bereavement* [Internet]. 1^{re} éd. Cambridge University Press; 1993 [cité 1 mai 2020]. p. 44-61. Disponible sur: https://www.cambridge.org/core/product/identifieur/CBO9780511664076A013/type/book_prt
161. Hanus M. Deuils normaux, deuils difficiles, deuils compliqués et deuils pathologiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 juin 2006;164(4):349-56.
162. BOURGEOIS M.-L. Deuils compliqués, S18A, congrès français de psychiatrie/ European Psychiatry 28S ; 2013 p.41
163. SAUTERAUD A. Le deuil compliqué : une maladie spécifique ? .*L'Encephale* ;2011 hors-série 3, 28
164. CHAVAGNAT J.-J. Deuil et symptomatologie psychiatrique : quelle conduite à tenir?, S18C. Congrès français de psychiatrie/ European Psychiatry ; 2013, p.41
165. ROMANO H. *Accompagner le deuil en situation traumatique : dix situations cliniques*, Dunod ; 2015.
166. Beck AT, Kovacs M, Weissman A. Assessment of suicidal intention: the scale for suicide ideation. *J Consult Clin Psychol*1979;47(2):343—52.
167. Chagnon J-Y, Hochmann J. *45 commentaires de textes en psychopathologie psychanalytique.* 2012.

168. Lebovici S. Le travail de deuil chez l'enfant [Internet]. Le deuil. Presses Universitaires de France; 1998 [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-deuil--9782130463665-page-77.htm>
169. De Broca A. Entre diachronie et konomie. Rev Med Palliative. Paris: Masson-Elsevier; 2012.
170. Spuij M, Prinzie P, Zijderlaan J, Stikkelbroek Y, Dillen L, de Ross C, et al. Psychometric properties of the Dutch inventories of prolonged grief for children and adolescents. Clin Psychol Psychother 2012;19: 540–51.
171. Winnicott DW. Jeu et réalité: l'espace potentiel. 2018.
172. Hung NC, Rabin LA. Comprehending child-hood bereavement by parental suicide : a critical review of research on outcomes, grief processes, and interventions. Death Studies 2009;33(9):781–814.
173. Sandler IN, Ma Y, Tein Jy, Ayers TS, Wolchik S, Kennedy C, et al. Long-term effects of the family bereavement program on multiple indicators of grief in parentally bereaved children and adolescents. J Consult Clin Psy-chol 2010;78(2):131–43.
174. Van Horn P. Conjoint caregiver – child treat- ment following a parent's death. In: Webb , Webb , editors. Helping bereaved children : a handbook for practitioners. 3rd Ed., New York, NY US: Guilford Press; 2010. p. 278–95.
175. Romano H. Accompagner le deuil en situation traumatique.Paris: Dunod; 2015.
176. Delage M. Les pertes traumatiques dans la famille.Abords conceptuels et thérapeutiques. Rev Stress Trauma2009;9—1:27—34.
177. Romano H. À l'école de la perte. L'institution scolaire face àl'enfant orphelin. In: Invisibles orphelins sous la direction deM. Molinié. Paris: Autrement; 2011.
178. Romano H, Enfrein E, Bègue J, Molinié M. L'élève orphelin.Dossier de la revue de santé scolaire et universitaire, 22;2013:9—23.

179. Welniarz B, Medjdoub H. L'hospitalisation temps plein en psy-chiatrie infantojuvénile : un état des lieux. *NeuropsychiatrEnfance Adolesc* 2007;55(7):401—6.
180. Baudry A, Mouillet-Richard S, Schneider B, Launay JM, Kellerman O. miR16 targets the serotonin transporter: a new facet for adaptive responses to antidepressants. *Science* 2010;17329(5998):1537—41.
181. ANSM. Traitement par antidépresseurs - Bon usage des antidépresseurs au cours de la dépression chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. 2008 [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.anism.sante.fr/Dossiers/Traitements-par-antidepresseurs/Traitement-par-antidepresseurs/\(offset\)/0](https://www.anism.sante.fr/Dossiers/Traitements-par-antidepresseurs/Traitement-par-antidepresseurs/(offset)/0)
182. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression in children and young people: identification and management in primary, community and secondary care. Leicester (UK): British Psychological Society; 2005.
183. AACAP. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) 2007: practice parameters for the assessment and the treatment of children and adolescent with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(11):1503—26
184. SFPEADA, API, SFP. Conférence de Consensus : les troubles dépressifs chez l'enfant [Internet]. 1995. [cité le 21 mai 2020] Disponible sur: <http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confdepression.html>
185. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2006;132:132—49.
186. Luby J, Lenze S, Tillman R. A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012;53:313—22.

187. HAS. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2014 [cité 21 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours

188. Emslie GJ, Heiligenstein JH, Wagner KD, et al. Fluoxetine for acute treatment of depression in children and adolescents: a placebo controlled, randomized clinical trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(10):1205—15.

189. Bridge Jeffrey A, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pinctus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempt in pediatric antidepressant treatment. A meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007;297(15):1683—96.

190. Mayes TL, Tao R, Rintelmann JW, Carmody T, Hughes CW, Kennard BD, et al. Do children and adolescents have differential response rates in placebo-controlled trials of fluoxetine? *CNS Spectr.* 2007;12:147–54.

191. Vidal 2018: le dictionnaire. Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Vidal; 2018.

192. Brunelle J, Cohen D. La dépression chez l'enfant [Internet]. [page consultée le 21 mai 2020]. Disponible sur <https://www.fondationpierredeniker.org/uploads/factSheets/16d50672846c01cb4402fabda9372cd044749a36.pdf>

193. Whittington GJ, 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;363:1341—5.

194. Gordon M, Melvin G. Selective serotonin reuptake inhibitors, a review of the side effects in adolescents. *Gen Pract Psychiatry* 2013;42:593—672.

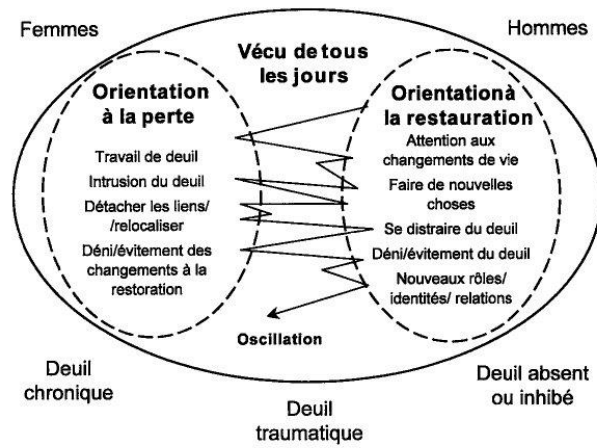
195. Vitiello B, Silva SG, Rohde P, Kratochvil CJ, Kennard BD, Reinecke MA, et al. Suicidal events in the Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS). *J Clin Psychiatry* 2009;70(5):741—7
196. Nutt DJ. Death and dependence: current controversies over the selective serotonin reuptake inhibitors. *J Psychopharmacol* 2003;17(4):355—64.
197. Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, et al. Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. *JAMA* 2007;297(15):1683—96.
198. Emslie GJ, Mayes T, Porta G, Vitiello B, Clarke G, Wagner KD, et al. Treatment of Resistant Depression in Adolescents (TORDIA): week 24 outcomes. *Am J Psychiatry* 2010;167(7):782—91.
199. Cox GR, Fischer CA, De Silva S, Phelan M, Akinwale OP, Simmons MB, et al. Interventions for preventing relapse and recurrence of a depressive disorder in children and adolescents (review),11. Ed The Cochrane collaboration; 2012.
200. Goodyer IM, Wilkinson P, Dubicka B, Kelvin R. Forum: the use of selective serotonin reuptake inhibitors in depressed children and adolescents: commentary on the meta-analysis by Hetrick et al. *Curr Opin Psychiatry* 2010;23(1):58—61
201. Wright Bradley M, Eiland III, Edward H, Lorenz R. Augmentation with atypical antipsychotics for depression: a review of evidence-based support from the medical literature. *Pharma-cotherapy* 2013;33:344—59.
202. De Filippis M, Wagner KD. Management of treatment resistant depression in children and adolescents. *Paediatr Drugs* 2014;16(5):353—61.
203. Hazell P. Depression in children and adolescents. *Clin Evid* 2011;2011(10):1008.

204. AACAP. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) 2007: practice parameters for the assessment and the treatment of children and adolescent with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007;46(11):1503—26.

205. Donaldson AE, Gordon MS, Melvin GA, Barton DA, Fitzgerald PB. Addressing the needs of adolescents with treatment resistant depressive disorders: a systematic review of rTMS. *Brain Stimul* 2014;7(1):7—12.

206. Blazquez A, Mas S, Plana MT, Lafuente A, Lazzaro L. Fluoxetine pharmacogenetics in child and adult populations. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2012;21:599—610.

Annexe 1 : Modèle du double processus d'ajustement au deuil (traduit de Stroebe & Schut, 1999)



Annexe 2 : Présentation intégrative des styles d'attachement, stratégies d'ajustement et réactions de deuil d'après M. Stroebe et al. (2005)

Style d'attachement	Caractéristiques	Image de soi	Image des autres	Stratégies d'ajustement	Réactions et complications de deuil
I. Sécure	Facilité d'être proche avec les autres	Positive	Positive	Peut avoir accès aux souvenirs, les discuter de manière cohérente. Capable d'osciller de manière équilibrée	[Deuil normal]
II. Insécures					
Anxieux préoccupé	Désire être très (trop) proche	Négative	Positive	Émotionnel, expressif mais incapable de s'ajuster de manière constructive. Trop centré sur l'orientation vers la perte	Deuil chronique
Rejetant - évitant	Inconfortable avec la proximité — ne la veut pas	Positive	Négative	Suppression, évitement. Trop centré sur l'orientation vers la restauration	Deuil inhibé/ retardé/ absent
Anxieux désorganisé	Inconfortable avec la proximité, peur du rejet, mais veut être proche	Négative	Négative	Traumatisé de manière à endommager son habilité à penser, parler de manière cohérente. Oscillation saccadée, non contrôlée	Deuil traumatique

Annexe 3 : Intensité de l'épisode dépressif tel que développé dans la CIM-10

F32.0Episode dépressif léger

Au moins deux ou trois des symptômes cités plus haut sont habituellement présents. Ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, mais le sujet reste, le plus souvent, capable de poursuivre la plupart de ses activités.

F32.1Episode dépressif moyen

Au moins quatre des symptômes cités plus haut sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles.

F32.2Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques

Épisode dépressif dans lequel plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés ci-dessus, concernant typiquement une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de culpabilité, sont marqués et pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes "somatiques" sont habituellement présents. »

Annexe 4 : le trouble dépressif récurrent tel que développé dans la CIM-10

Le trouble peut toutefois comporter de brefs épisodes caractérisés par une légère élévation de l'humeur et une augmentation de l'activité (hypomanie), succédant immédiatement à un épisode dépressif, et parfois déclenchés par un traitement antidépresseur.

Les formes graves du trouble dépressif récurrent (F33.2 et F33.3) présentent de nombreux points communs avec des concepts antérieurs comme ceux de dépression maniaco-dépressive, de mélancolie, de dépression vitale et de dépression endogène.

Le premier épisode peut survenir à n'importe quel âge, de l'enfance à la vieillesse, le début peut être aigu ou insidieux et la durée peut varier de quelques semaines à de nombreux mois. Le risque de survenue d'un épisode maniaque ne peut jamais être complètement écarté chez un patient présentant un trouble dépressif récurrent, quel que soit le nombre d'épisodes dépressifs déjà survenus. Si un tel épisode maniaque se produit, le diagnostic doit être changé pour celui de trouble affectif bipolaire (F31.-).

Trois sous diagnostics sont précisés en fonction de l'intensité de l'épisode actuel : léger (F33.1), modéré (F33.2) et sévère (F33.3)

Annexe 5 :

F43.2 Trouble de l'adaptation

État de détresse et de perturbation émotionnelles, entravant habituellement le fonctionnement et les performances sociales, survenant au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou un événement stressant.

Le facteur de stress peut entraver l'intégrité de l'environnement social du sujet (deuil, expériences de séparation) ou son système global de support social et de valeurs sociales (immigration, statut de réfugié); ailleurs, le facteur de stress est en rapport avec une période de transition ou de crise au cours du développement (scolarisation, naissance d'un enfant, échec dans la poursuite d'un but important, mise à la retraite).

La prédisposition et la vulnérabilité individuelles jouent un rôle important dans la survenue et la symptomatologie d'un trouble de l'adaptation; on admet toutefois que le trouble ne serait pas survenu en l'absence du facteur de stress concerné. Les manifestations, variables, comprennent une humeur dépressive, une anxiété ou une inquiétude (ou l'association de ces troubles), un sentiment d'impossibilité à faire face, à faire des projets, ou à continuer dans la situation actuelle, ainsi qu'une certaine altération du fonctionnement quotidien.

Elles peuvent s'accompagner d'un trouble des conduites, en particulier chez les adolescents. La caractéristique essentielle de ce trouble peut consister en une réaction dépressive, de courte ou de longue durée, ou une autre perturbation des émotions et des conduites.

Il inclut : Choc culturel, hospitalisme chez l'enfant, réaction de deuil

Annexe 6 :

Le trouble de l'adaptation :

A – Développement de symptômes émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), survenant au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).

B – Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent un ou deux élément(s) suivant(s) :

-une détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation ;

-une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire) ou dans d'autres domaines importants.

C – La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble mental préexistant.

D – Les symptômes ne représentent pas un deuil normal.

E – Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois.

Annexe 7 :

[La crise suicidaire] est réversible et temporaire. Elle peut être représentée comme la trajectoire qui va du sentiment péjoratif d'être en situation d'échec à une impossibilité ressentie d'échapper à cette impasse. Elle s'accompagne d'idées suicidaires de plus en plus prégnantes et envahissantes jusqu'à l'éventuel passage à l'acte. La tentative de suicide ne représente qu'une des sorties possibles de la crise, mais lui confère sa gravité.

La crise suicidaire n'est pas un cadre nosographique simple.

C'est un ensemble sémiologique variable en fonction des sujets, des pathologies associées, des facteurs de risque et des conditions d'observation. Elle peut être difficile à identifier.

Si le recours au médecin apparaît être systématique, le médecin n'est pas la solution à tout. Il est là pour faire le diagnostic et déterminer une stratégie thérapeutique, ce qui implique son investissement.

Une partie de son action thérapeutique - et quelquefois la possibilité même de cette action - dépendent de l'entourage qui est le premier témoin des manifestations d'une crise en développement. »

AUTEUR : Nom : MOLINARO

Prénom : Angelo

Date de soutenance : 1 juillet 2020

Titre de la thèse : Deuil et dépression de l'enfant : une perspective pédopsychiatrique

Thèse - Médecine - Lille 2020

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : DES Psychiatrie

Mots-clés : Deuil de l'Enfant ; Dépression de l'Enfant ; Concept de mort chez l'Enfant ; Développement psychoaffectif ; pédopsychiatrie ; Accompagnement deuil de l'Enfant ; Prise en charge de la dépression de l'Enfant ; facteur de risque de la dépression de l'Enfant ; Psychothérapie

Résumé : Contexte : la mort et le deuil sont des réalités difficilement pensables surtout lorsqu'elles touchent un enfant. La mort d'un parent peut plonger l'enfant dans une grande souffrance. L'expression et l'ampleur de cette souffrance peuvent parfois questionner quant à la présence d'un trouble pathologique de l'humeur type dépression. La dépression peut en effet prendre la forme de présentations cliniques parfois trompeuses et responsables d'une errance diagnostique dont les conséquences peuvent être graves sur le fonctionnement global de l'enfant. La limite entre la souffrance issue du deuil et la présence d'un trouble dépressif pathologique n'est pas évidente. L'objectif de ce travail est de différencier le deuil de la dépression chez l'enfant. Méthode : nous nous appuyons sur une revue qualitative de la littérature ainsi que sur un cas clinique afin d'illustrer une réflexion théorico-clinique. Conclusion : le deuil et la dépression entretiennent des différences tant sur le plan clinique qu'étiopathogénique qui ne sont pas toujours simples à identifier mais qui sont néanmoins très importantes car elles impliquent des réalités thérapeutiques et donc pronostiques différentes. Plutôt que de considérer le deuil et la dépression comme deux entités disjointes il paraît plus pertinent de les aborder comme un continuum entre le vécu dépressif et la souffrance du travail de deuil induits par la perte et la constitution d'un trouble dépressif. Les différents modèles explicatifs ont permis de mettre en avant différents facteurs de risque sur les plans développemental, psychologique et environnemental pouvant moduler le gradient d'une entité adaptative vers une entité pathologique.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Renaud JARDRI, Monsieur le Docteur Ali AMAD,

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur François MEDJKANE