

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN PHARMACIE**

**Soutenu le 7 juillet 2020
Par Mme LADAM Anaïs**

**Prise en charge de la dépression
chez l'enfant et l'adolescent**

Membres du jury :

Président et directeur, conseiller de thèse : M. DINE Thierry, praticien hospitalier et professeur de pharmacie clinique, faculté de pharmacie Lille

Assesseur : Mme STANDAERT Annie, maître de conférence de parasitologie, faculté de pharmacie Lille

Pharmacien extérieur : M. FOIRET Jean-Michel, docteur en pharmacie à Mons-en-Barœul

REMERCIEMENTS

A Monsieur Dine, mon maître de thèse et président de jury, merci de m'avoir fait confiance dans mon travail, merci pour vos conseils et votre gentillesse, dans une période compliquée. Vous êtes un professeur qui restera dans ma mémoire. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

A Mme Standaert, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury, merci d'être aussi disponible pour les étudiants, votre gentillesse et le savoir que vous nous transmettez aura beaucoup compté pour moi.

A maman, je te remercie pour ton amour et ton soutien sans faille depuis toutes ces années. Tu as toujours cru en moi, grâce à toi j'ose rêver. Sans toi je ne serais pas ce que je suis aujourd'hui. Aujourd'hui cette réussite est aussi la tienne. Ce travail t'est dédié. Je t'aime ma petite maman.

A mamie Danielle, merci de m'avoir soutenu toutes ces heures au téléphone dans les moments de stress. Toujours présente, à me chouchouter, ta maison a toujours été une bulle de réconfort pour moi. Merci pour toutes tes attentions et ton amour. J'ai énormément de chance de t'avoir.

A mon frère Maxime, merci pour ta franchise qui m'a parfois remis les pieds sur terre. Ta présence est réconfortante et précieuse pour moi aujourd'hui.

A papi, j'aurais aimé que tu puisses lire ce travail mais je suis sûre que tu es fier de moi ! Tu nous manques.

A mamie Jacqueline et tonton, merci pour votre amour et vos encouragements tout au long de mes études. Mamie, tes petits plats m'ont sûrement aidé à trouver l'énergie pour ce travail, merci d'être là.

A ma cousine Noémie, merci d'être toujours là pour moi malgré la distance. Nos longues discussions, nos petites confidences, nos petites sorties... tout cela compte beaucoup pour moi.

A papa, merci d'avoir toujours été fier de moi.

A mes amies pharmaciennes, Chloé, Clara, Marie et Angéline, merci pour toutes ces années ensemble. Entre partages, rires et moments de stress, vous êtes devenues une deuxième famille. Merci d'être là les « pharma girls » !

A Jean-Michel, Hubert et Christine, merci pour la confiance que vous m'avez accordée en tant que jeune pharmacienne, merci pour votre gentillesse et votre bienveillance. Merci Hubert pour vos encouragements (sans relâche !).
Merci Jean-Michel d'avoir accepté de faire partie de mon jury, c'est un honneur, cela me touche.

A Mme et Mr Bertoux, merci pour votre confiance, vos précieux conseils et le temps que vous m'avez consacré. J'ai beaucoup appris de vous, je vous en suis très reconnaissante.



Faculté de Pharmacie de Lille



3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX

☎ 03.20.96.40.40 - 📠 : 03.20.96.43.64

<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

Université de Lille

Président :	Jean-Christophe CAMART
Premier Vice-président :	Nicolas POSTEL
Vice-présidente formation :	Lynne FRANJIÉ
Vice-président recherche :	Lionel MONTAGNE
Vice-président relations internationales :	François-Olivier SEYS
Vice-président stratégie et prospective	Régis BORDET
Vice-présidente ressources	Georgette DAL
Directeur Général des Services :	Pierre-Marie ROBERT
Directrice Générale des Services Adjointe :	Marie-Dominique SAVINA

Faculté de Pharmacie

Doyen :	Bertrand DÉCAUDIN
Vice-doyen et Assesseur à la recherche :	Patricia MELNYK
Assesseur aux relations internationales :	Philippe CHAVATTE
Assesseur aux relations avec le monde professionnel :	Thomas MORGENROTH
Assesseur à la vie de la Faculté :	Claire PINÇON
Assesseur à la pédagogie :	Benjamin BERTIN
Responsable des Services :	Cyrille PORTA
Représentant étudiant :	Victoire LONG

Liste des Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	ALLORGE	Delphine	Toxicologie et Santé publique
M.	BROUSSEAU	Thierry	Biochimie
M.	DÉCAUDIN	Bertrand	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	DEPREUX	Patrick	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	DINE	Thierry	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie

Mme	DUPONT-PRADO	Annabelle	Hématologie
Mme	GOFFARD	Anne	Bactériologie - Virologie
M.	GRESSIER	Bernard	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie
M.	ODOU	Pascal	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	POULAIN	Stéphanie	Hématologie
M.	SIMON	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie
M.	STAELS	Bart	Biologie cellulaire

Liste des Professeurs des Universités

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	ALIOUAT	El Moukhtar	Parasitologie - Biologie animale
Mme	AZAROUAL	Nathalie	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	CAZIN	Jean-Louis	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie
M.	CHAVATTE	Philippe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	COURTECUISSÉ	Régis	Sciences Végétales et Fongiques
M.	CUNY	Damien	Sciences Végétales et Fongiques
Mme	DELBAERE	Stéphanie	Biophysique et application de RMN
Mme	DEPREZ	Rebecca	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DEPREZ	Benoît	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	DUPONT	Frédéric	Sciences Végétales et Fongiques
M.	DURIEZ	Patrick	Physiologie
M.	FOLIGNÉ	Benoît	Bactériologie - Virologie
M.	GARÇON	Guillaume	Toxicologie et Santé publique
Mme	GAYOT	Anne	Pharmacotechnie industrielle
M.	GOOSSENS	Jean-François	Chimie analytique
M.	HENNEBELLE	Thierry	Pharmacognosie

M.	LEBEGUE	Nicolas	Chimie thérapeutique
M.	LEMDANI	Mohamed	Biomathématiques
Mme	LESTAVEL	Sophie	Biologie cellulaire
Mme	LESTRELIN	Réjane	Biologie cellulaire
Mme	MELNYK	Patricia	Chimie thérapeutique
M.	MILLET	Régis	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	MUHR-TAILLEUX	Anne	Biochimie
Mme	PERROY	Anne-Catherine	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	ROMOND	Marie-Bénédicte	Bactériologie - Virologie
Mme	SAHPAZ	Sevser	Pharmacognosie
M.	SERGHERAERT	Éric	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	SIEPMANN	Juergen	Pharmacotechnie industrielle
Mme	SIEPMANN	Florence	Pharmacotechnie industrielle
M.	WILLAND	Nicolas	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants

Liste des Maîtres de Conférences - Praticiens Hospitaliers

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	BALDUYCK	Malika	Biochimie
Mme	GARAT	Anne	Toxicologie et Santé publique
Mme	GENAY	Stéphanie	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
M.	LANNOY	Damien	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	ODOU	Marie-Françoise	Bactériologie - Virologie

Liste des Maîtres de Conférences

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	AGOURIDAS	Laurence	Chimie thérapeutique

Mme	ALIOUAT	Cécile-Marie	Parasitologie - Biologie animale
M.	ANTHÉRIEU	Sébastien	Toxicologie et Santé publique
Mme	AUMERCIER	Pierrette	Biochimie
M.	BANTUBUNGI- BLUM	Kadiombo	Biologie cellulaire
Mme	BARTHELEMY	Christine	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	BEHRA	Josette	Bactériologie - Virologie
M.	BELARBI	Karim-Ali	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie
M.	BERTHET	Jérôme	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
M.	BERTIN	Benjamin	Immunologie
M.	BLANCHEMAIN	Nicolas	Pharmacotechnie industrielle
M.	BORDAGE	Simon	Pharmacognosie
M.	BOSC	Damien	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	BRIAND	Olivier	Biochimie
M.	CARNOY	Christophe	Immunologie
Mme	CARON-HOUDE	Sandrine	Biologie cellulaire
Mme	CARRIÉ	Hélène	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie
Mme	CHABÉ	Magali	Parasitologie - Biologie animale
Mme	CHARTON	Julie	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	CHEVALIER	Dany	Toxicologie et Santé publique
Mme	DANEL	Cécile	Chimie analytique
Mme	DEMANCHE	Christine	Parasitologie - Biologie animale
Mme	DEMARQUILLY	Catherine	Biomathématiques
M.	DHIFLI	Wajdi	Biomathématiques
Mme	DUMONT	Julie	Biologie cellulaire
M.	EL BAKALI	Jamal	Chimie thérapeutique

M.	FARCE	Amaury	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	FLIPO	Marion	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	FOULON	Catherine	Chimie analytique
M.	FURMAN	Christophe	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
M.	GERVOIS	Philippe	Biochimie
Mme	GOOSSENS	Laurence	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	GRAVE	Béatrice	Toxicologie et Santé publique
Mme	GROSS	Barbara	Biochimie
M.	HAMONIER	Julien	Biomathématiques
Mme	HAMOUDI-BEN YELLES	Chérifa-Mounira	Pharmacotechnie industrielle
Mme	HANNOTHIAUX	Marie-Hélène	Toxicologie et Santé publique
Mme	HELLEBOID	Audrey	Physiologie
M.	HERMANN	Emmanuel	Immunologie
M.	KAMBIA KPAKPAGA	Nicolas	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie
M.	KARROUT	Younes	Pharmacotechnie industrielle
Mme	LALLOYER	Fanny	Biochimie
Mme	LECOEUR	Marie	Chimie analytique
Mme	LEHMANN	Hélène	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	LELEU	Natascha	Institut de Chimie Pharmaceutique Albert LESPAGNOL
Mme	LIPKA	Emmanuelle	Chimie analytique
Mme	LOINGEVILLE	Florence	Biomathématiques
Mme	MARTIN	Françoise	Physiologie
M.	MOREAU	Pierre-Arthur	Sciences Végétales et Fongiques
M.	MORGENROTH	Thomas	Législation et Déontologie pharmaceutique
Mme	MUSCHERT	Susanne	Pharmacotechnie industrielle

Mme	NIKASINOVIC	Lydia	Toxicologie et Santé publique
Mme	PINÇON	Claire	Biomathématiques
M.	PIVA	Frank	Biochimie
Mme	PLATEL	Anne	Toxicologie et Santé publique
M.	POURCET	Benoît	Biochimie
M.	RAVAUX	Pierre	Biomathématiques / service innovation pédagogique
Mme	RAVEZ	Séverine	Chimie thérapeutique
Mme	RIVIÈRE	Céline	Pharmacognosie
M.	ROUMY	Vincent	Pharmacognosie
Mme	SEBTI	Yasmine	Biochimie
Mme	SINGER	Elisabeth	Bactériologie - Virologie
Mme	STANDAERT	Annie	Parasitologie - Biologie animale
M.	TAGZIRT	Madjid	Hématologie
M.	VILLEMAGNE	Baptiste	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
M.	WELTI	Stéphane	Sciences Végétales et Fongiques
M.	YOUS	Saïd	Chimie thérapeutique
M.	ZITOUNI	Djamel	Biomathématiques

Professeurs Certifiés

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	FAUQUANT	Soline	Anglais
M.	HUGES	Dominique	Anglais
M.	OSTYN	Gaël	Anglais

Professeur Associé - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	DAO PHAN	Haï Pascal	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants

M.	DHANANI	Alban	Législation et Déontologie pharmaceutique
----	---------	-------	--

Maîtres de Conférences ASSOCIES - mi-temps

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUCCHI	Malgorzata	Biomathématiques
M.	DUFOSSEZ	François	Biomathématiques
M.	FRIMAT	Bruno	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie
M.	GILLOT	François	Législation et Déontologie pharmaceutique
M.	MASCAUT	Daniel	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie
M.	ZANETTI	Sébastien	Biomathématiques

AHU

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
Mme	CUVELIER	Élodie	Pharmacologie, Pharmacocinétique et Pharmacie
Mme	DEMARET	Julie	Immunologie
M.	GRZYCH	Guillaume	Biochimie
Mme	HENRY	Héloïse	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière
Mme	MASSE	Morgane	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

ATER

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	GHARBI	Zied	Biomathématiques
Mme	FLÉAU	Charlotte	Médicaments et molécules pour agir sur les systèmes vivants
Mme	N'GUESSAN	Cécilia	Parasitologie - Biologie animale

M.	RUEZ	Richard	Hématologie
M.	SAIED	Tarak	Biophysique et Laboratoire d'application de RMN
Mme	VAN MAELE	Laurye	Immunologie

Enseignant contractuel

Civ.	Nom	Prénom	Laboratoire
M.	MARTIN MENA	Anthony	Biopharmacie, Pharmacie Galénique et Hospitalière

Faculté de Pharmacie de Lille

3, rue du Professeur Laguesse - B.P. 83 - 59006 LILLE CEDEX
Tel. : 03.20.96.40.40 - Télécopie : 03.20.96.43.64
<http://pharmacie.univ-lille2.fr>

L'Université n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses ; celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	1
SOMMAIRE	14
INTRODUCTION	16
PARTIE 1 : LA DEPRESSION	17
1) Conception de la dépression au fil du temps	17
2) Epidémiologie (prévalences)	18
3) Définition	18
4) Symptômes	19
5) Outils d'aide au repérage et diagnostic	20
a) Aide au repérage	20
b) Diagnostic	21
i. DSM	21
ii. CIM-10	22
iii. CFTMEA	22
6) Hypothèses physiopathologiques et facteurs favorisants	23
7) Principaux risques associés	27
PARTIE 2 : STRATEGIE THERAPEUTIQUE ET PRISE EN CHARGE	29
1) Arbre décisionnel	29
2) Psychothérapies	31
a) THERAPIE DE SOUTIEN	32
i. Nutrition	32
ii. Activité physique	34
iii. Sommeil	36
b) THERAPIES SPECIFIQUES	38
i. Thérapie comportementale et cognitive :	38
ii. Psychothérapie interpersonnelle	39
3) Traitement médicamenteux	40
4) Hospitalisation	43
5) PRISES EN CHARGE COMPLEMENTAIRES	44
a) Sismothérapies également appelées électroconvulsivothérapie	44
b) Photothérapie ou lumphothérapie ou luxthérapie	46
c) Micronutrition	48
d) Acupuncture	49
e) Hypnothérapie	50

f) Relaxation et respiration	51
g) Thérapies à médiation corporelle	52
i. Thermalisme psychiatrique (hydrothérapie / balnéothérapie / aquathérapie)	52
ii. Sophrologie.....	53
iii. Réflexologie plantaire.....	53
iv. Médecine physique	54
h) Art-thérapie.....	55
i) La médiation animale : la zoothérapie.....	57
6) PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE	58
CONCLUSION	61
BIBLIOGRAPHIE.....	62
ANNEXES.....	68

INTRODUCTION

(1) (2) (3) (4)

L'enfance et l'adolescence sont des périodes de transition marquées par de nombreux changements. Les équilibres sont fragiles vis-à-vis du rapport aux corps, de la construction de son autonomie et de la subjectivité, ainsi que de la socialisation. C'est donc une période à risque au niveau psychique, et pourtant il s'agit des tranches d'âge ayant le moins recours aux soins lors de difficultés psychiques. En effet, le sous diagnostic des troubles de la santé mentale est une problématique dans l'enfance. Dans l'esprit commun, la dépression est encore trop peu reconnue chez les enfants en France.

La diversité et la pluralité des expressions dépressives dans la jeune population compliquent le diagnostic et la prise en charge.

Les troubles dépressifs constituent pourtant aujourd'hui un problème de santé majeur, d'autant plus chez les jeunes sujets, la dépression étant susceptible d'affecter durablement leurs vies, ainsi que celle de leur entourage.

Sa fréquence et ses risques de complications ainsi que les risques de continuité avec d'autres troubles psychiatriques doivent pousser à une prise de conscience, un diagnostic et à une prise en charge le plus précocement possible. La prise en charge doit être adaptée.

Des bases de soin commencent à être définies dans le monde médical, les possibilités de thérapies et de soins se multiplient, laissant un éventail de choix aux thérapeutes afin de prendre en charge de façon optimale le jeune en souffrance mentale.

On considérera ici l'enfant à partir de 7 ans, et l'adolescent entre 13 et 18 ans.

Nous allons dans un premier temps caractériser la dépression, afin de mieux comprendre cette maladie, et ainsi mieux aborder dans une deuxième partie sa prise en charge.

Nous débuterons cette deuxième partie par la prise en charge classique du patient et compléterons cette base de soin en énumérant diverses possibilités de prises en charge complémentaires possibles.

Nous finirons par le rôle que peut avoir le pharmacien dans la prise en charge thérapeutique.

PARTIE 1 : LA DEPRESSION

1) Conception de la dépression au fil du temps

(1) (5)

La dépression est un trouble de santé mentale dont la conception a connu de multiples variations au cours des siècles passés. Aujourd'hui ce trouble est considéré comme une maladie à part entière mais suscite malgré tout une attention moins positive de la part de l'entourage en comparaison à une maladie physique et reste même encore un tabou pour certains.

Depuis l'Antiquité, ce trouble connaît plusieurs représentations : marque de génie, péché ou encore maladie.

En effet, on a commencé par parler de mélancolie ou « fatigue de vivre » (*taedium vitae*) dans l'Antiquité. C'est représenté à cette époque comme une preuve de courage, de clairvoyance et de lucidité face à la condition humaine. Cet état est alors corrélé de façon positive aux intellectuels. En 2003, Minois cite Aristote : « Tous les hommes qui furent exceptionnels en philosophie, en politique, en poésie, ou dans les arts étaient (...) manifestement mélancoliques ».

Une explication médicale va en parallèle émaner d'Hippocrate avec la théorie des quatre humeurs associées à quatre liquides physiologiques : le sang, le flegme, la bile jaune et la bile noire : ces liquides influencent le fonctionnement du corps et de l'esprit, provoquant les maladies. Le mélancolique présente un excès de bile noire rendant la personne triste, craintive, solitaire, avec un teint sombre. C'est d'ailleurs de cette théorie qu'est née l'expression « se faire de la bile ».

Au moyen âge, époque de la montée du christianisme, on commence à craindre ce trouble mental. En effet, ce serait signe d'un amour insuffisant pour Dieu et la spiritualité. C'est alors perçu comme un péché, une honte.

Vient ensuite l'ère moderne où l'on retrouve à nouveau la notion de mélancolie, avec une épidémie de suicides aux XVI^e et XVII^e siècles. La jeunesse trouve difficilement sa place et les artistes et intellectuels sont dans un état de constant mal être.

Il faudra attendre l'époque contemporaine pour voir émerger la notion de maladie et l'invention au XX^e siècle des antidépresseurs. L'arrivée des médicaments a permis de diminuer les tabous vis-à-vis de cette maladie, en lui trouvant une cause biologique. Cependant, des perceptions négatives persistent autour de la dépression, généralement par méconnaissance de la pathologie. De plus, chez l'enfant cette maladie est peu reconnue. Nous commençons seulement à la considérer et à la prendre en charge. Les recherches récentes sur les enfants ont permis de développer un diagnostic médical, et de voir plus loin dans la prise en charge qui se limitait souvent à la prise de médicaments chez les adultes.

2) Épidémiologie (prévalences)

La dépression est une maladie fréquente mais reste sous-estimée notamment chez l'enfant en raison du manque de spécificité des symptômes.

Elle figure parmi les pathologies mentales les plus répandues chez l'adolescent.

Les études épidémiologiques mettent en évidence l'importance de la problématique mais également la difficulté à la saisir.

Les sentiments dépressifs modérés et transitoires chez les jeunes de 12 à 18 ans sont très souvent observés et concernent 30 à 45 % d'entre eux. Mais la souffrance psychique peut être plus grave et peut se traduire par un épisode dépressif caractérisé chez 4 à 8 % des adolescents selon la HAS, en 2015.

La prévalence de la dépression majeure chez l'adolescent est ainsi plus élevée que chez l'adulte.

Avant l'adolescence, on estime que cette maladie touche 0,5 % des enfants français.

Avant la puberté, les garçons présentent deux fois plus de risques que les filles. Ces chiffres s'inversent chez les adolescents.

On estime qu'environ 3 % des adolescents vivent une période de dépression.

Les jeunes qui ont connu un ou plusieurs épisodes dépressifs seront plus exposés à ces troubles à l'âge adulte, d'autant plus si la dépression n'a pas été correctement prise en charge à l'adolescence. D'où l'importance d'une prise en charge complète et adéquate de l'enfant si cette maladie le touche.

Dans les cultures occidentales, le taux de dépression chez les jeunes atteint aujourd'hui un niveau sans précédent que l'on tend à qualifier d'endémique selon l'OMS. (1)

Ce constat est d'autant plus alarmant qu'à ces âges, les symptômes ne s'expriment pas aussi distinctement que chez l'adulte et la dépression passe souvent inaperçue parmi les bouleversements rencontrés dans la période de l'adolescence.

3) Définition

Rappelons tout d'abord que la dépression est une maladie qui peut exister sous différentes formes et différents stades. On peut également parler de troubles dépressifs.

Le trouble dépressif est à différencier du symptôme dépressif, état de tristesse et d'irritabilité passager et transitoire fréquent chez l'adolescent et ne nécessitant pas d'intervention.

En fonction du nombre de symptômes et de leur gravité, un épisode dépressif peut être considéré comme léger, modéré ou sévère selon l’OMS.

La dépression est une maladie psychique, résultat de plusieurs mécanismes encore mal connus mais impliquant potentiellement des désordres biologiques.

Ce trouble va au-delà d’une simple déprime passagère, il va plonger l’enfant et l’adolescent dans une profonde détresse quotidienne.

Une des difficultés chez l’enfant est de différencier mélancolie, mal être passager à une véritable dépression qui nécessitera une prise en charge psychothérapeutique par une équipe médicale et sociale pluridisciplinaire. (6)

En effet, la simple volonté d’aller mieux ne suffit plus à s’en sortir. La dépression doit être soignée afin d’éviter des complications ou un passage à la chronicité avec des répercussions encore à l’âge adulte.

Le jeune en dépression va connaître un changement de comportement et de personnalité. Il aura des perturbations de l’humeur, des angoisses aiguës, une apathie physique, une vision pessimiste du monde et de soi-même, une diminution du plaisir et de son énergie, tout cela de façon forte et durable. Cet état va avoir des conséquences importantes sur la vie quotidienne avec une perte des moyens, une altération de la vie scolaire et familiale.

Après un épisode dépressif, plusieurs évolutions sont possibles : tout peut aller mieux, la dépression peut également revenir par épisodes ou rester présente mais de manière minimale. Un suivi du jeune dépressif dans le temps est primordial.

4) Symptômes

(7)

Les symptômes que l’on retrouve chez un patient dépressif ne sont pas exclusifs à la dépression. Nous pouvons retrouver les mêmes symptômes chez une personne non malade, par exemple lors d’un stress ou d’une fatigue importante, mais ces symptômes vont rapidement disparaître, de façon spontanée, contrairement à la personne malade.

Un symptôme est significatif s’il est intense, différent de l’état habituel du patient et qu’il dure dans le temps. Dans un épisode dépressif, les symptômes durent suffisamment longtemps pour entraîner des difficultés réelles dans la vie quotidienne avec des conséquences professionnelles, familiales et/ou personnelles. (5)

De nombreux symptômes sont communs à l’enfant et l’adolescent : irritabilité, colère, agressivité, excitation débordante, tendance à l’isolement, sentiment de mal être difficile à expliciter, perception négative de soi, perte d’intérêt pour les loisirs, lassitude, perte de sens dans les réalisations quotidiennes, sautes d’humeur fréquents, tristesse constante, pensées de mort, maux de tête et maux de ventre fréquents. Le patient ne maîtrise plus ses sentiments, ses angoisses qui l’envahissent, sans qu’il ne sache dire pourquoi. Son sommeil devient perturbé, il est

de mauvaise qualité, entremêlé de cauchemars. Le repos devient difficile à obtenir. Toutes ces manifestations entraînent une vie familiale, scolaire et sociale perturbée.

Deux axes relationnels apparaissent, soit l'enfant va se mettre en retrait et s'isoler, soit il va lutter avec un accrochage relationnel et un besoin d'une présence constante autour de lui.

Chez l'adolescent, la dépression est plus difficile à repérer, les symptômes étant souvent confondus avec une crise d'adolescence particulièrement intense.

La maladie peut être révélée par des troubles du comportement et par diverses provocations (drogues, alcool, fugues, désinvestissement scolaire, automutilation, troubles alimentaires).

Les adolescentes se plaignent plutôt de troubles somatiques (maux de ventre, insomnie, mal de dos) alors que les garçons ont tendance à souffrir d'agressivité ou de comportements asociaux.

D'autres troubles doivent amener à consulter un médecin comme une réticence à parler, un absentéisme scolaire, des troubles du sommeil, des pleurs incontrôlés ou des idées noires récurrentes.

Le gros risque chez l'adolescent étant le passage à l'acte suicidaire, il est primordial de distinguer une dépression d'une crise d'adolescence.

5) Outils d'aide au repérage et diagnostic

a) Aide au repérage

Face à l'absence d'instruments spécifiques et validés de mesure de la dépression à l'enfance et l'adolescence, des auteurs ont pensé un outil spécifique destiné au repérage tant des états pauci-symptomatiques que des états de souffrance dépressives intenses. Les auteurs et un groupe de cliniciens experts ont travaillé sur la rédaction d'un outil consensuel pour l'hétéroévaluation. La méthode de consensus s'est appuyée sur le travail avec cinq psychiatres d'adolescents. L'outil a été nommé par ses auteurs « Adolescent Depression Rating Scale » (ADRS), en deux versions, auto- et hétéroévaluation, dite ADRSp (patient) et ADRSc (clinicien).

Selon les dernières recommandations de la HAS datant de novembre 2014, le questionnaire ADRS est le test le plus adéquat et le mieux validé pour aider à détecter un épisode dépressif caractérisé chez l'adolescent à partir de 13 ans.

Dix items ont été sélectionnés. Chaque item se présentant sous quatre formes d'intensité, chacune des intensités est cotée de 0 à 6 (quatre niveaux de cotation), la somme des items permettant un score global d'intensité de l'expérience dépressive. Le score d'ADRS patient permet l'identification d'un risque de dépression :

- Modéré pour un score entre 4 et 8
- Ou important pour un score > 8

L'ADRS est ici utilisée comme une variable qualitative, décrivant un risque de dépression au seuil >4.

(7) Cf Tableaux en annexes 1 et 2.

b) Diagnostic

(6) (8)

Il existe plusieurs classifications permettant le diagnostic de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. L'ouvrage de référence est le Manuel Statistique et Diagnostique des troubles mentaux (DSM), mais il existe deux autres ouvrages reconnus : la Classification Internationale des Maladies (CIM), surtout utilisée en Europe, et la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA).

Ces ouvrages répertorient les critères diagnostiques pour la dépression majeure qui seront recherchés lors des entretiens avec les patients.

i. DSM

La dernière révision du DSM date de mai 2013, donnant lieu au DSM-V, validé par l'Association Américaine de Psychiatrie, présidée par David Kupfer, Professeur de Psychiatrie de Pittsburg.

Selon le DSM-V, une dépression majeure est diagnostiquée si au moins cinq symptômes parmi ceux énumérés ci-dessous sont présents chez le patient :

- Fatigue ou perte d'énergie
- Agitation ou ralentissement psychomoteur
- Diminution de la capacité à penser ou à se concentrer, ou indécision
- Idées de culpabilité ou de dévalorisation excessives ou inappropriées
- Idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires
- Perturbation du sommeil
- Perte ou gain de poids, ou perturbation de l'appétit (chez l'enfant c'est se situer en dessous des courbes de croissance)

Parmi les symptômes, au moins un des deux symptômes suivants doit être présent :

- Le patient est d'humeur dépressive et irritable, sans améliorations d'un jour à l'autre
- Le patient n'a plus goût à rien, perte significative de l'intérêt et du plaisir

Ces symptômes peuvent être perçus par le sujet lui-même ou par son entourage. Ils doivent être présents tout au long de la journée, sans amélioration notable d'un jour à l'autre, sur une période d'au moins deux semaines. On doit être face à un changement notable par rapport au fonctionnement antérieur de l'individu. Les symptômes entraînant une souffrance cliniquement significative ou une détérioration du fonctionnement social, scolaire ou dans d'autres domaines importants. Les symptômes ne doivent pas être attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

On détermine ensuite la sévérité, l'existence de manifestations psychotiques telles que des idées délirantes ou hallucinations et la chronicité (épisode dépressif d'une durée supérieure ou égale à deux ans).

Il y a lieu de tenir compte d'une sémiologie évoluant en fonction du processus développemental de l'enfant avec ses potentialités cognitives, affectives, sociales. Dans la variabilité d'expressions que prend la dépression chez l'enfant, on parle de « dysthymie », de « trouble dépressif caractérisé », de « dépression réactionnelle », selon les éléments principalement mis en avant et vécus par le jeune patient.

ii. CIM-10

La CIM (Classification Internationale des Maladies) est définie par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé). Elle a été publiée pour la première fois en 1992 et en est aujourd'hui à sa 10^{ème} version. La classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement est décrite dans le chapitre 5. Elle résulte de revues de littératures, par consensus d'experts de différents pays. En juin 2018 a été publié la 11^{ème} version mais celle-ci n'entrera en vigueur que le 1^{er} janvier 2022. Pour définir une dépression chez l'enfant et l'adolescent les professionnels de santé peuvent s'y référer, en veillant à prendre en compte les particularités de l'enfant et l'adolescent qui ne sont pas abordées dans cette classification.

Selon la CIM-10, une dépression est caractérisée par la présence, pendant plus de deux semaines, d'au moins deux des trois symptômes suivants (9) :

- Humeur dépressive à un degré anormal pour le patient, persistante dans le temps, sans rapport avec un contexte perturbateur particulier
- Baisse significative de l'intérêt et du plaisir pour des activités normalement agréables
- Diminution de l'énergie ou hausse de la fatigabilité

De plus, il faut au moins un des symptômes suivants pour arriver à un total d'au moins quatre symptômes :

- Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi
- Sentiment de culpabilité exagéré ou injustifié
- Idées ou comportements suicidaires
- Capacité de concentration et de réflexion altérée se traduisant par des indécisions et hésitations
- Activité psychomotrice perturbée (agitation ou ralentissement)
- Détérioration du sommeil
- Modification de l'appétit avec impact pondéral

iii. CFTMEA

Contrairement aux classifications précédentes plus généralistes, cette classification est spécifique à l'enfant et l'adolescent. Elle prend en compte les particularités de l'enfance et de l'adolescence.

Avec la CFTMEA, au-delà du simple recueil des aspects comportementaux, le clinicien est appelé ici à prendre appui sur une approche clinique et psychopathologique élargie où il retient les données provenant des multiples courants de recherches qui traversent la pédopsychiatrie, tout en veillant à maintenir une perspective dynamique, structurelle, évolutive qui rend compte des particularités de la pathologie mentale dans l'enfance et l'adolescence.

Ces classifications servent d'outils aux professionnels de santé mais restent imparfaits. Le défi du clinicien est d'intégrer les connaissances scientifiques, basée sur une approche sémiologique de la dépression, issue généralement de concepts développés pour une population adulte, avec les modèles théoriques qui permettent d'aborder le point de vue développemental et psychologique de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. (2)

Il n'existe pas aujourd'hui d'examen totalement objectif permettant d'établir un diagnostic sur et indiscutable. (5)

Il est important de tenir compte du modèle de relation médecin/ patient dans lequel le clinicien s'inscrit et qui va connoter les aspects du diagnostic. A la différence de l'adulte, il faudra tenir compte des processus développementaux de l'enfant et de l'adolescent. Ce ne sont pas des adultes en miniature. Il peut être complexe de poser un diagnostic à un sujet en pleine transformation et en constante évolution. Le diagnostic pédopsychiatre est donc un processus dynamique, modifiable et momentané, les organisations pathologiques étant pour la plupart en transformation permanente. (10)

Un éventuel trouble dépressif va être évalué et diagnostiqué lors d'entretiens cliniques avec le jeune patient et ses parents. D'autres personnes de l'entourage peuvent également intervenir comme des enseignants, autres membres de la famille, etc.

Les différents entretiens vont permettre le recueil d'informations importantes d'une manière dynamique, permettent de diagnostiquer les potentielles comorbidités et d'intégrer les informations données par le jeune et par les autres intervenants.

Les parents expriment de manière plus exacte tout ce qui est en rapport avec les différents traitements, la temporalité de la symptomatologie, ainsi que les symptômes visibles à travers le comportement (retrait social, irritabilité, agitation, baisse des performances scolaires).

Tandis que la discussion avec les jeunes permet de mieux comprendre leur vécu intérieur.

6) Hypothèses physiopathologiques et facteurs favorisants

Les causes de la dépression sont diverses, complexes et interactives. Il n'existe pas de cause unique à l'état dépressif. (1)

De nombreuses hypothèses existent, résultant de l'exploration de théories scientifiques et de l'observation de sujets atteints de dépression.

Cependant il est encore aujourd'hui difficile d'affirmer si ces altérations observées sont la cause ou la conséquence ou encore des signes accompagnateurs ou si elles sont le reflet d'autres mécanismes qui restent encore à découvrir dans la dépression.

Il est généralement admis par la communauté scientifique qu'il existe un terrain propice à la dépression, certains jeunes sujets présentent une vulnérabilité face au stress. A cela s'ajoute des facteurs favorisants :

- Epidémiologiques : une différence de prévalence existe entre les sexes chez les jeunes patients. En effet, les filles présentent plus de facteurs de vulnérabilité qui leur sont spécifiques avec une réactivité émotionnelle plus engagée, une vulnérabilité génétique, des hormones sexuelles, une tendance à la rumination plus grande et une relation à son corps plus complexe. (2)
- Psychologiques : des rapports compliqués avec les parents, maltraitance, violences, traumatismes, expériences pénibles, deuils ou encore une faible estime de soi, des croyances négatives sur son corps, son esprit ou ses capacités à accomplir des choses. On parle de susceptibilité individuelle. (11)
- Génétiques : des études ont été menées sur des jumeaux et sur des familles, il en ressort que les descendants des parents dépressifs ont un risque trois à quatre fois plus élevé de développer un trouble dépressif, comparés aux descendants d'un groupe contrôle en bonne santé. (12) (2)
Cependant, cette vulnérabilité ne se relate le plus souvent qu'en présence d'un vécu difficile ou de facteurs environnementaux défavorables.
Le poids génétique des symptômes dépressifs est plus important chez les adolescents que chez les enfants. (13).
Il n'existe pas un gène de la dépression, mais possiblement une combinaison de gènes accroissant le risque quand ils sont associés. (14)
Les données connues aujourd'hui n'étant pas assez précises, il n'existe ni dépistage génétique pour les personnes à risque, ni traitements biologiques basés sur la génétique. (5)
- Environnementaux : évènements perturbants, stress excessif et chronique, conflits familiaux, sociaux ou scolaires etc
- Biologiques : citons les hypothèses les plus admises chez les scientifiques :

- Monoaminergique

L'hypothèse la plus documentée stipule que la dépression est liée à une diminution des taux de certains neurotransmetteurs : la sérotonine, la noradrénaline et la dopamine. Ce sont des composés chimiques délivrés par les neurones et qui ont un rôle dans les attitudes émotionnelles comme le résume le tableau ci-dessous.

Symptômes	Monoamine associée		
	Sérotonine	Noradrénaline	Dopamine
Émotions	X	X	X
Fonctions cognitives	X	X	X
Humeur dépressive	X	X	X
Troubles du sommeil	X	X	X
Ralentissement psychomoteur	X	X	X
Impulsivité	X		
Culpabilité et sentiment d'inutilité	X		
Idées suicidaires	X		
Anxiété	X	X	
Énergie		X	
Intérêt		X	
Apathie		X	X
Dysfonction exécutive		X	X
Fatigue		X	X
Plaisir			X
Motivation			X
Sexualité	X		X
Appétit	X		X

(15)

Tableau. Monoamines potentiellement impliquées dans les symptômes dépressifs

La baisse du taux de neurotransmetteurs aurait pour conséquence l'augmentation du nombre de récepteurs monoaminergiques et entrainerait une hypersensibilité anormale de ces récepteurs ce qui entrainerait une dysfonction dans la propagation des signaux de transduction participant à la dépression.

Cette hypothèse neurochimique de la dépression ne suffit cependant pas à expliquer la dépression. En effet, une diminution des monoamines n'entraîne pas de symptômes chez les sujets sains. De plus, il existe un délai entre la prise d'antidépresseurs et leur efficacité sur les symptômes alors que la baisse des monoamines est rapide. (16)

Une hyperactivité de la monoamine oxydase a été mise en avant chez certains patients dépressifs via une étude scintigraphique cérébrale, ce qui entrainerait la suppression de la noradrénaline pendant sa traversée. La noradrénaline serait alors transformée en méthoxyhydroxyphénylglycol (MHPG), dont l'élimination urinaire permet de confirmer par dosage cette baisse chez les patients déprimés.

Des études récentes mettent en avant grâce à une méthode de spectroscopie par résonance magnétique un possible lien entre dépression et la baisse des concentrations du neurotransmetteur inhibiteur GABA (acide gamma-aminobutyrique). (17) (18)

- Axe corticotrope

En réaction au stress, une hyperactivation de l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien, parfois surnommé « axe du stress », serait impliqué dans la dépression.

Cette hyperactivation résulterait d'une sécrétion excessive de Corticotropin-Releasing Hormone (CRH), également appelée Corticotropin-Releasing Factor (CRF), au niveau hypothalamique, ayant pour conséquence une augmentation de la sécrétion basale de glucocorticoïdes. Les personnes déprimées auraient un rétrocontrôle négatif de l'axe déficient, entretenant le stress qui devient alors chronique. L'effet n'étant pas direct et immédiat, mais chronique et dégénératif, les médicaments qui cibleraient la production de CRH ne se sont pas montrés efficaces lors des essais. Ici il y aura une place importante donnée à la psychothérapie afin de prendre en charge ce stress chronique.

- Inflammatoire

Une inflammation excessive et persistante serait un facteur de risque pour la dépression. L'inflammation pourrait provenir des modifications épigénétiques provoquées par le stress chez FKBP5 qui est un gène impliqué dans le développement de la dépression et de l'anxiété mais aussi dans la sensibilité aux glucocorticoïdes. (19)

Les cytokines pro-inflammatoires peuvent engendrer des symptômes dépressifs tels qu'une humeur triste, l'anhédonie, l'asthénie et peuvent participer à l'isolement social et comportemental. (20)

Des recherches récentes mettent en avant un lien possible entre le microbiote, l'inflammation et la dépression. Le rôle joué par le microbiote intestinal paraît être médié par certains mécanismes comme la dysbiose, l'hyperperméabilité intestinale, l'hyperactivité de l'axe corticotrope, la perturbation de la neurotransmission monoaminergique et les neuropeptides. (21)

- Neurotrophique : BDNF

Le stress entraîne une baisse de la sécrétion du facteur neurotrophique dérivé du cerveau (BDNF) par l'hippocampe. Or nous savons que le BDNF a un rôle important dans la plasticité synaptique et dans la sécrétion de neurotransmetteurs tels que GABA, la dopamine et la sérotonine. Tout cela a un impact négatif sur la régulation des fonctions émotionnelles et cognitives, jouant un rôle dans la dépression. (22)

Un traitement antidépresseur d'au moins quatre semaines peut restituer la fonction altérée du BDNF jusqu'à la valeur normale. Les taux de BDNF peuvent être des marqueurs d'une bonne réponse clinique ou d'une amélioration des symptômes dépressifs, mais ils ne sont pas des marqueurs diagnostiques de la dépression majeure. (23)

Le stress entraîne donc une sécrétion excessive de glucocorticoïdes mais également de cytokines pro-inflammatoires. Chez un patient en dépression les neurotransmissions étant altérées, le rétrocontrôle censé réguler ce stress est altéré,

ce qui entretient le stress et les symptômes dépressifs. De plus, les cytokines inflammatoires vont interférer avec la signalisation neurotrophique impliquant BDNF et GDNF.

7) Principaux risques associés

Chez l'enfant en dépression la morbidité est élevée. En effet la maladie altère le fonctionnement global de l'enfant, impactant de façon négative sa socialisation, son apprentissage, l'investissement de son corps et de son narcissisme ainsi que sa santé mentale à l'âge adulte.

Les principaux risques associés à la dépression chez l'enfant et l'adolescent sont :

- Récurrence des épisodes dépressifs et autres troubles mentaux et troubles de l'humeur dans la vie du patient. Le risque de chronicité est élevé. Entre 50 et 70% des jeunes en rémission présenteront des épisodes répétitifs dans les cinq ans. (24)
- Présence de symptômes résiduels à l'âge adulte tels que l'anxiété, l'irritabilité ou des problèmes interpersonnels
- Difficultés scolaires et sociales
- Violences domestiques
- Conduites à risques :
 - Pour les plus jeunes, jeux dangereux dans les cours de récréation
 - Consommation abusive de substances psychoactives avec risque de dépendance
 - Rapports sexuels non protégés engendrant un risque d'infections sexuellement transmissibles et de grossesse non désirée
 - Fugues
 - Conduite dangereuse de véhicules motorisés
 - Activité sportive exagérée associée par exemple à l'«anorexia athletica» (l'anorexie du sportif) ou à la prise de produits dopants (25)
- Addictions
- Troubles du comportement alimentaire
- Automutilation
- Suicide

Le passage à l'acte est un événement complexe associant un vécu dépressif à une angoisse insupportable, un sentiment de culpabilité, un découragement et une impulsivité, un isolement, un besoin désespéré d'agir. (7)

Les soignants et l'entourage doivent sans cesse garder ce risque à l'esprit.

La HAS a publié en 2014 un tableau reprenant les signes d'alerte concernant le risque suicidaire :

<p>Signes de crise suicidaire</p>	<p>Intentionnalité suicidaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Antécédent suicidaire personnel ou dans l'entourage* ● Communication directe ou indirecte d'une idéation suicidaire** <p>Autre signe transnosographique de crise suicidaire</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Désespoir, sentiment d'impasse, d'avenir bouché, de perte du sens de la vie, de culpabilité, de dénégation de soi. ● Retrait avec désinvestissement des liens (amis, famille, société) voire syndrome pré-suicidaire de Ringel (calme apparent et retrait masquant le repli dans le fantasme suicidaire). ● Anxiété, agitation, instabilité comportementale, hyperactivité motrice pré-suicidaire, incapacité à dormir ou hypersomnie, cauchemars. ● Colère, rage incontrôlée ou sentiment de revanche, prise de risque incontrôlée (non calculée) et labilité importante de l'humeur. ● Altération de la conscience de soi.
<p>Pathologie psychiatrique actuelle</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Dépression caractérisée. ● Conduite d'alcoolisation aiguë, consommation à risque de substances psychoactives. ● Impulsivité, trouble des conduites, prise de risque incontrôlée.
<p>Contexte relationnel favorisant les sentiments de perte, d'injustice, de rejet, d'humiliation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Problèmes sentimentaux (séparation). ● Situations d'exclusion (familiale, scolaire, institutionnelle, amicale). ● Situations de tensions chroniques dans la famille : problème disciplinaire, absence de soutien relationnel, entourage violent, maltraitance actuelle ou passée et en particulier abus sexuels.

* Certains facteurs signalent la gravité de la tentative de suicide : préméditation, dissimulation du geste, absence de facteur déclenchant explicatif, moyen ou scénario à fort potentiel létal, moyen toujours à disposition. ** Il existe un degré de gravité croissant entre les idées de mort, l'idéation suicidaire, l'intention suicidaire et la préparation du geste suicidaire.

Tableau. Signes d'alerte suicidaire. (26)

Le risque suicidaire est d'autant plus important s'il est associé à des comorbidités comme les troubles du comportement ou l'abus de substances, l'impulsivité et l'agressivité, la disponibilité d'armes à feu à la maison, l'exposition aux actes abusifs (physique ou sexuel, violences) et une histoire familiale de conduite suicidaire. (2)

- Conséquences systémiques du trouble dépressif majeur :

↳ Des études mettent en évidence qu'un stress chronique entraîne une perturbation immunitaire induisant une augmentation de la production de cytokines inflammatoires. Ces dernières en quantité importante vont interagir avec les cellules β pancréatiques et induire une résistance à l'insuline, favorisant la survenue du diabète de type 2. (27)

En raison de la perturbation de l'appétit induite par la dépression ainsi que des troubles du sommeil et de la somnolence, le risque d'obésité tardive est plus élevé en particulier chez les femmes, à la fin de l'adolescence. (28)

↳ L'augmentation des catécholamines favorise les ischémies myocardiques, diminue la variabilité de la fréquence cardiaque et favorise la survenue d'arythmies ventriculaires. (29) Cette augmentation favorise l'activation des plaquettes, l'augmentation des cytokines et des interleukines et peut également favoriser l'apparition d'athérosclérose et éventuellement de l'hypertension. (30)

PARTIE 2 : STRATEGIE THERAPEUTIQUE ET PRISE EN CHARGE

1) Arbre décisionnel

Pour le jeune patient et sa famille le premier partenaire sera en général le médecin généraliste. Le rapport de confiance établi jusque-là est une force pour amorcer une discussion et mettre en place une prise en charge. Si d'autres thérapeutes interviennent dans les soins, le médecin généraliste reste au cœur du parcours de soin. Il va centraliser les informations, orienter le patient, rassurer la famille. Il sera dans la plupart des cas le coordonnateur des soins. Mais chez certains patients, le (pédo)psychiatre pourra jouer ce rôle. C'est notamment le cas lorsque le jeune patient se sent plus libre de parler à une personne extérieure non connue de la famille ou lorsque la dépression est sévère, échappant aux compétences du médecin généraliste. Malgré tout, celui-ci restera informé, par téléphone ou courriers.

La prise en charge de la dépression est spécifique à chaque patient, mais on retrouve en général quatre phases dans le protocole de soin : (5)

- Diagnostic, évaluation du patient
- Traitement aigu avec pour objectif la disparition des symptômes dépressifs
- Consolidation afin de limiter le risque de rechute
- Parfois une stratégie préventive à plus long terme est essentielle

Dans tous les cas, peu importe l'âge du patient, celui-ci devra être considéré comme un être singulier, et doit participer aux décisions prises pour ses soins. Sans cette coopération, l'observance paraît compromise.

Lors des différentes consultations, il est recommandé par la HAS d'observer quatre temps :

- Une première rencontre entre le thérapeute et le jeune patient accompagné des parents. Cela va permettre d'informer, de rassurer et d'impliquer les proches. Ces derniers peuvent donner un contexte à la maladie en parlant de l'histoire et de la dynamique familiale et ont un regard extérieur sur la symptomatologie de l'enfant, complémentaire à celle que dévoilera le patient par la suite.
- Ensuite, il faudra voir le jeune seul. Le thérapeute éclaircira certains points, et tentera d'aborder la souffrance interne du patient, sa vie relationnelle et émotionnelle et parlera d'éventuels comportements à risque.
- Un examen initial somatique est recommandé ainsi que régulièrement pendant le traitement, sans la présence des parents mais avec leur accord. Le but étant d'écartier une cause organique ou la prise de toxique ou d'automédication. De plus, il est important de surveiller qu'une comorbidité ne voit pas le jour. En cas de traitement par psychotrope, ce suivi est indispensable afin de surveiller l'éventuelle survenue d'un syndrome métabolique ou de l'allongement de l'espace QT.

Le minimum sera de contrôler la croissance, l'IMC et la tension artérielle du jeune patient.

- Enfin, le thérapeute pourra proposer au patient et à sa famille un protocole de soin, donnera des orientations de prise en charge, à adapter dans le temps en fonction de la réceptivité du patient. Des objectifs thérapeutiques seront définis.

L'orientation thérapeutique sera influencée par le contexte familial / scolaire / culturel / social ainsi que par les singularités du patient, son âge, sa manière de fonctionner au niveau cognitif / affectif / relationnel / scolaire et dépendra également de la qualité de la relation thérapeutique.

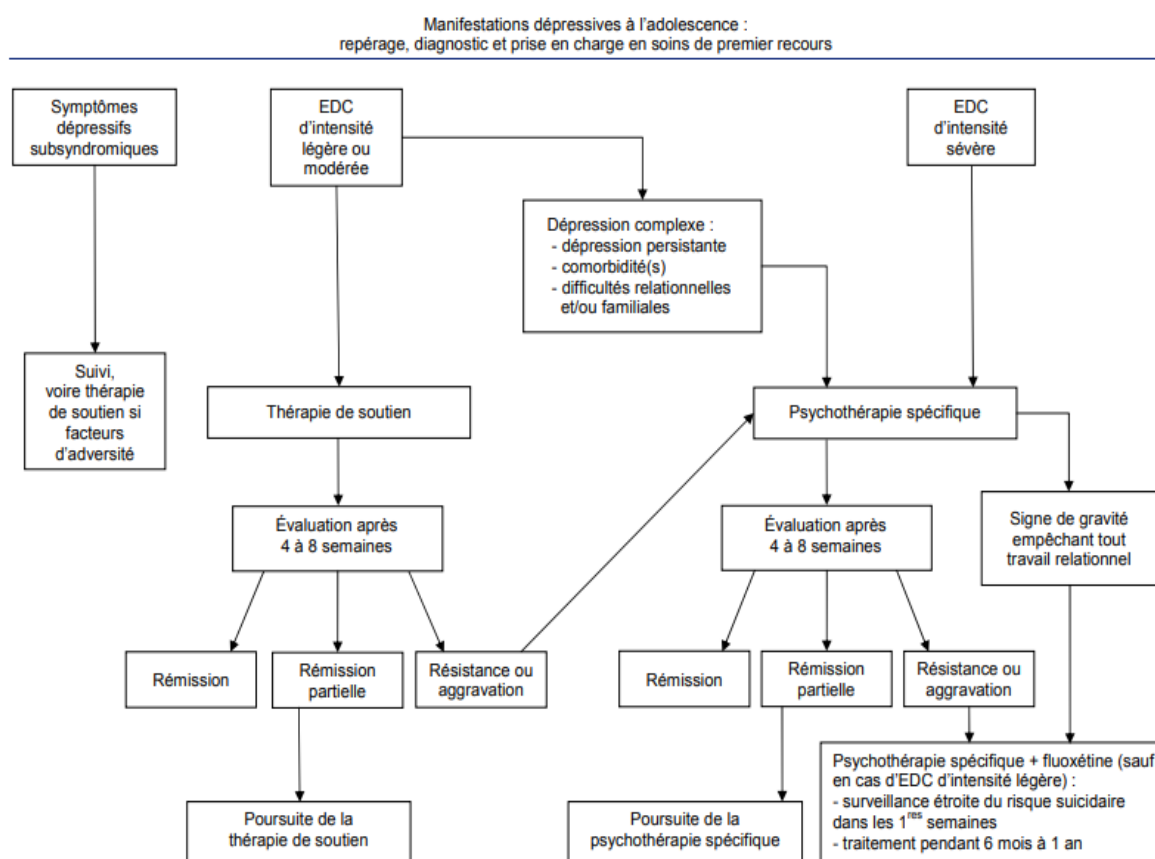


Figure 1. Stratégie de prise en charge thérapeutique des manifestations dépressives à l'adolescence. Novembre 2014. (31)

La stratégie de prise en charge thérapeutique des manifestations dépressives à l'adolescence proposée par la HAS (cf. figure 1) doit être complémentaire des interventions sur l'environnement.

Cette stratégie est un repère, élaborée par expérience et d'après les études réalisées jusqu'ici, par des thérapeutes mais devra être adaptée en fonction des facteurs individuels de chaque patient, notamment selon l'état de développement de l'enfant et des particularités de son fonctionnement psychique. (2)

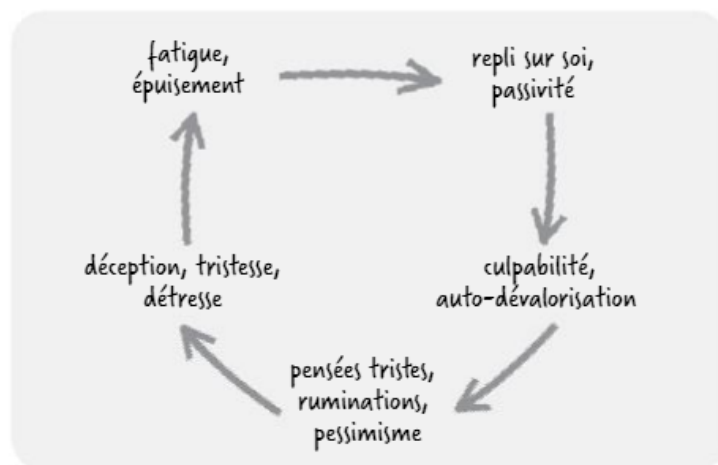
Non abordées par la HAS sur ce dernier schéma mais pouvant se révéler d'une grande aide, des thérapies complémentaires peuvent se mettre en place. Il faut cependant que ces dernières soient assurées par des professionnels qualifiés et que ces approches ne remplacent en aucun cas la thérapie de soutien ou psychothérapie spécifique.

L'approche thérapeutique par le langage de l'enfant déprimé et de sa famille, quelle que soit l'orientation théorique de l'intervenant, reste prioritaire. (6)

2) Psychothérapies

On entend par psychothérapie toute méthode de soin basée sur la parole, les échanges entre un professionnel de santé et son patient.

Les méthodes sont simples, avec des objectifs à court terme dans le but de briser le cercle vicieux de la dépression. Le jeune patient ne se sent pas bien, il est triste, rumine donc il ne fait plus d'activité, il devient passif et se replie sur soi-même ce qui le dévalorise, le culpabilise et le rend encore plus triste. (5)



(5)

Figure. Le cercle vicieux de la dépression.

Chez l'enfant et l'adolescent on privilégie les traitements non médicamenteux, et en particulier les psychothérapies.

La prise en charge des jeunes patients en dépression doit commencer par des séances de psychoéducation, en impliquant également la famille et les proches, mais aussi les intervenants scolaires. Il faut entrer dans une démarche transparente et non culpabilisante afin que le patient et ses proches adhèrent activement à la prise en charge psychologique. (2)

Les psychothérapies visent toutes à développer une meilleure connaissance de soi-même, de ses vulnérabilités et des facteurs psychologiques qui ont pu amener à la dépression. Elles permettent par exemple de renforcer les ressources et les mécanismes de défense du malade.

Selon les dernières recommandations de la HAS, une thérapie de soutien doit être réalisée par un professionnel formé à la prise en charge des enfants et adolescents. L'efficacité de cette thérapie sera évaluée après 4 à 8 semaines de séances. Si les symptômes persistent ou s'aggravent, il sera recommandé de commencer une psychothérapie spécifique, adaptée à la personnalité et à la problématique du patient.

Les psychothérapies spécifiques les plus étudiées et validées sont la psychothérapie cognitivo-comportementale et la psychothérapie interpersonnelle. A ces deux modalités de traitement s'ajoutent la thérapie psychodynamique et la thérapie systémique. (2)

Les jeunes patients nécessitent une adaptation des méthodes aux capacités cognitives en fonction de l'âge. Il faut prendre en compte leurs intérêts, leurs vécus. Il est crucial de développer aux cours des séances une alliance avec le jeune mais aussi avec les parents.

Une observation continue par le thérapeute est importante afin de constamment adapter son approche thérapeutique à l'évolution du patient. (2)

a) THERAPIE DE SOUTIEN

Une thérapie de soutien est caractérisée par :

- Une attitude : de l'attention, de l'empathie, une écoute active
- Des actions : apprendre au patient à prendre soin de son corps et de son esprit avec des règles hygiéno-diététiques, informer le jeune sur la maladie. Une réflexion est réalisée afin de comprendre les problématiques et travailler sur ses perceptions, ses émotions. On cherche à rendre le patient à nouveau acteur de sa vie, avec des investissements et des projets.
- Des alliances entre le thérapeute, le jeune patient, les parents, la famille et l'entourage (notamment scolaire). Des objectifs communs sont à développer avec en fonction des patients une guidance parentale, une prise en charge psychosociale ou encore des aménagements scolaires. On parlera de relations collaboratives dans l'intérêt de la santé du patient, adaptées au patient et à sa situation.

La thérapie de soutien se base sur des règles hygiéno-diététiques :

i. Nutrition

Les études tendent à montrer que l'alimentation joue un rôle fondamental dans l'état de santé mentale des jeunes patients, en positif ou en négatif, à court terme (perte ou prise de poids, troubles digestifs, douleurs musculaires, fatigue, troubles de la concentration...) ou à plus long terme (diabète, maladies cardiovasculaires...). (32)

Pour prévenir ces risques, le maintien d'une alimentation naturelle équilibrée est préférable à l'usage de compléments artificiels. Respecter un bon équilibre alimentaire fait partie de la prise en charge de la dépression, et nécessite parfois un accompagnement nutritionnel particulier. (33)

Il faut privilégier les aliments entiers, naturels. On évite les aliments transformés industriellement qui entraînent une inflammation néfaste pour la flore intestinale. Il est nécessaire d'avoir un apport diversifié, d'éviter les surcharges en calories, en sucres, et en graisses. (5) Il est recommandé de consommer des aliments fermentés de manière traditionnelle afin de nourrir les bonnes bactéries de l'intestin. En effet, une flore intestinale équilibrée est primordiale pour une bonne santé mentale. Les bactéries présentes dans nos intestins fabriquent des substances neurochimiques telles que la dopamine et la sérotonine, de même que des vitamines qui sont importantes pour la santé du cerveau.

(34) (35) Les carences nutritionnelles les plus fréquemment observées chez les patients atteints de dépression sont les acides gras oméga-3, les vitamines B, les minéraux et les acides aminés précurseurs des neurotransmetteurs.

Une alimentation pauvre en glucides a tendance à accélérer la dépression, car la production de substances chimiques du cerveau, la sérotonine et le tryptophane, qui favorisent la sensation de bien-être, est provoquée par des aliments riches en glucides. De plus l'insuline produite par la consommation de glucides permet une meilleure pénétration du tryptophane dans le cerveau.

Mais attention il faut privilégier les aliments à faible indice glycémique comme certains fruits et légumes, les grains entiers, les pâtes, etc. qui vont permettre un effet modéré mais durable sur la chimie, l'humeur et l'énergie.

Une alimentation riche en protéines permet d'obtenir les huit acides aminés essentiels qui ne peuvent être apportés que par l'alimentation. Parmi les aliments à privilégier on retrouve les viandes, le lait et autres produits laitiers et les œufs.

De nombreux neurotransmetteurs dans le cerveau sont synthétisés à partir d'acides aminés. On a notamment la dopamine qui est fabriquée à partir de la tyrosine et la sérotonine à partir du tryptophane. Un déficit de l'un de ces acides aminés est associé à une humeur modérée et à une agressivité chez les jeunes patients.

Parmi les neuromédiateurs clés dans l'apaisement et le bien être mental, il y a donc la sérotonine.

Précurseur de la mélatonine, elle joue un rôle dans la régulation du sommeil.

La leptine, une hormone de régulation de la faim, est également dépendante du métabolisme de la sérotonine.

Ainsi, un déficit en sérotonine peut engendrer une irritabilité, voire une dépression avec troubles du sommeil et du poids.

Il faudra privilégier les aliments riches en tryptophane : légumineuses, graines de courges, noix, amandes, bananes, ananas, dattes, prunes, figues, viandes, poissons, œufs etc.

Cependant, le tryptophane ne représente seulement que 1 % des acides aminés présents dans les protéines et il se détruit facilement par une cuisson forte ou trop prolongée. C'est pourquoi un complément alimentaire source de tryptophane peut être conseillé.

Un déséquilibre du rapport entre les acides gras essentiels, à savoir les acides gras oméga-6 et oméga-3, et / ou une carence en acides gras oméga-3, pourrait être en partie responsable des symptômes dépressifs. (36)

Les adolescents présentant un niveau limite de carence en vitamine B12 développent des signes de changements cognitifs pouvant jouer un rôle dans la sévérité de la dépression.

Certains minéraux peuvent également avoir un impact sur la dépression : le chrome, l'iode (assure le métabolisme énergétique des cellules cérébrales), le fer (nécessaire à l'oxygénation cérébrale et à la synthèse des neurotransmetteurs), le lithium (stabilisateur de l'humeur mais en pédiatrie une observation attentive de sa toxicité est indispensable en cas de supplémentation), le sélénium et le zinc.

Il faudra veiller à une consommation régulière par le jeune patient de fruits et légumes frais, de poissons et fruits de mer, d'huiles végétales (olive, colza...) et de céréales complètes. Ces aliments contiennent en effet des acides gras essentiels, de la vitamine B12, des folates, des antioxydants (notamment vitamines C et E), du sélénium, du zinc, du fer etc. (37)

ii. Activité physique

Plus qu'une bonne hygiène de vie, pratiquer un sport est considéré comme une thérapie dans la dépression. En effet l'activité physique constitue un type de traitement non spécifique avec un réel potentiel psychothérapeutique. (38)

On constate un impact positif sur la santé physique, les comportements à risque et la santé mentale des jeunes. (39)

Elle permet d'assurer au jeune patient un meilleur niveau de bien-être et semble également avoir des effets biologiques, en facilitant l'oxygénation du cerveau et la plasticité cérébrale favorisant ainsi la croissance des neurones et leurs connexions.

Chaque patient réagira différemment à l'activité physique, il faut trouver une activité qui convienne à l'enfant ou à l'adolescent. Cela ne doit pas être une contrainte mais un loisir. Toutes les activités physiques permettent d'améliorer le rapport au corps, la confiance en soi, le plaisir et la régulation des émotions. La pratique à plusieurs sera davantage bénéfique via la création de liens sociaux.

Des études scientifiques confirment l'intérêt thérapeutique de la pratique d'une activité physique à raison de trois séances d'environ trente à soixante minutes par

semaine pendant douze semaines en moyenne et du yoga à raison de quatre séances hebdomadaires pendant quatre à huit semaines contre la dépression. La pratique d'un sport est également bénéfique pour le sommeil, souvent perturbé dans la dépression. (5)

Ces bienfaits de l'exercice physique peuvent s'expliquer par des processus physiologiques, biochimiques et psychologiques.

L'étude Health Behaviour in School age Children (HBSC) de l'Organisation mondiale de la santé, a démontré que les adolescents entre 11 à 15 ans qui pratiquaient une activité physique ont eu une meilleure santé physique et mentale. (38)

Cet effet existerait indépendamment du choix de l'exercice, de son type (aérobie ou anaérobie) ou encore de son intensité mais paraît augmenter avec sa durée.

Dans des méta-analyses récentes, la thérapie par l'exercice (en particulier l'exercice d'endurance) est considérée comme une intervention efficace dans le cas d'un trouble dépressif majeur. (40)

Il est important que les professionnels de santé conseillent à leurs jeunes patients de pratiquer une activité physique ou de l'exercice, échantent avec eux des obstacles rencontrés et les encouragent à persévérer. (41)

L'une des manières dont l'activité physique stimule positivement la santé mentale est par la normalisation de la résistance à l'insuline et en augmentant le taux des hormones naturelles du bien-être ainsi que des neurotransmetteurs liés au contrôle de l'humeur, notamment les endorphines, la sérotonine, la dopamine, le glutamate, et le GABA. (42)

Dietrich a également émis l'hypothèse de la « transient hypofrontality » comme autre mécanisme explicatif. Cette hypothèse est complémentaire de celles des neurotransmetteurs et se base sur l'idée selon laquelle le cerveau lutte pour avoir des ressources métaboliques et pour pouvoir traiter l'information. L'effet antidépresseur et anxiolytique de l'exercice serait attribué à l'inhibition d'une activité neuronale excessive dans des régions préfrontales et dans l'amygdale.

L'effet bénéfique de l'activité physique dans la dépression chez les jeunes serait le résultat d'une amélioration de l'image corporelle, de l'estime de soi et des relations sociales. Le jeune patient semble avoir une meilleure maîtrise de soi.

La possibilité de se sentir mieux du point de vue des limitations fonctionnelles, mène à une évaluation plus positive de soi et de la qualité de vie chez les adolescents et à une augmentation de la perception de compétence personnelle chez les enfants. On considère également que le « time-out », c'est à dire le temps de détournement de l'attention des signes de malaise physique ou psychologique serait à l'origine des bienfaits de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression.

Une activité physique de plus de six mois engendre des changements physiologiques positifs perçus d'autant plus par le patient. Les activités en plein air et hors du contexte habituel semblent aussi plus efficaces. (38)

Une étude récente basée sur des modèles animaux suggère que le lactate aurait un rôle dans la réduction des symptômes dépressifs lors d'une activité physique. (43)

L'activité physique favorise la neurogenèse, c'est à dire la capacité du cerveau à s'adapter à et fabriquer de nouvelles cellules. L'activité physique stimule le BDNF, facteur neurotrophique issu du cerveau, en stimulant d'abord la production d'une protéine, la FNDC5, qui a son tour déclenche la production de BDNF. Il préserve les cellules existantes, mais il active également les cellules souches du cerveau pour les convertir en nouveaux neurones.

Enfin, l'exercice physique s'oppose à la destruction des récepteurs aux glucocorticoïdes dans l'hippocampe de souris subissant un stress expérimental prolongé. (44) Chez l'humain, un état de stress courant entraîne une augmentation chronique du niveau de glucocorticoïdes (l'hypercortisolémie est souvent constatée chez le patient dépressif) elle-même détruisant progressivement les récepteurs aux glucocorticoïdes dans l'hippocampe, ce qui empêche l'inactivation de l'axe hypothalamo-hypophyso-corticosurrénalien et donc perpétue l'état de stress.

Les bienfaits des programmes d'activités physiques sur les symptômes dépressifs semblent indépendants de l'évolution de la condition physique cardiorespiratoire et/ou musculaire en résultat au processus d'entraînement. (45)

iii. Sommeil

75% des enfants atteints d'une affection psychiatrique présentent un sommeil perturbé avec une horloge interne dérégulée. (46)

La dépression peut être la cause des troubles du sommeil mais les troubles du sommeil peuvent également être un facteur aggravant la dépression, le stress et l'anxiété.

Dans le DSM-IV-R, les troubles du sommeil font partie des symptômes associés au diagnostic de dépression. Associée à la dépression, on observe généralement une somnolence diurne, contrairement aux insomnies primaires. Le sommeil est perçu comme non récupérateur.

La persistance de troubles du sommeil est prédictive d'une plus grande sévérité et d'un risque plus important de rechute dans la dépression majeure. (47)

Un mauvais sommeil est générateur de détresse, de fatigue, entraînant une altération de la qualité de vie et constituant un facteur de risque suicidaire. (48)

Retrouver un bon équilibre du sommeil en cas de dépression passera par le respect de règles d'hygiène du sommeil et d'une psychothérapie.

Associer une thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et de la méditation serait plus efficace que de la TCC conventionnelle uniquement pour améliorer le sommeil. (49)

Afin de prévenir et de prendre en charge les troubles du sommeil chez l'enfant et l'adolescent, quelques conseils sont à transmettre :

- Dormir suffisamment. Le manque de sommeil peut bouleverser l'humeur et rendre irritable. La quantité de sommeil nécessaire est propre à chaque enfant, en fonction de son âge et de l'intensité de sa journée. Un enfant doit également s'octroyer des temps de repos dans la journée. La majorité des adolescents ont besoin de neuf à douze heures de sommeil chaque nuit.
- Il faut dormir dans un endroit calme, confortable, non surchauffé avec un environnement sûr et rassurant. Il faudra l'adapter au tempérament de l'enfant.
- L'enfant devra dormir dans son propre lit.
- Mettre en place une routine pour le coucher. C'est le moment où l'enfant doit se détendre. Pour les plus jeunes l'accompagnement d'un parent est préférable car rassurant.
- Ne pas s'assoupir devant un écran.
- Des horaires réguliers sont conseillés pour ne pas perturber le sommeil.
- S'exposer à la lumière vive dès que possible le matin, mais l'éviter en soirée. L'intensité de la lumière indique au cerveau quand se réveiller et quand se préparer à dormir.
- Respecter son rythme circadien : les activités stimulantes en journée et les occupations plus calmes demandant moins de vigilance en soirée.
- Éviter les siestes après 16h et modérer leurs durées, 20 minutes suffisent.
- Éviter tout stimulant après 16h pour les enfants et après le repas du soir pour les adolescents.
- Diner au moins 2h avant le coucher.
- Bannir les nuits blanches.

(50)

Après échec des modifications comportementales, et après avoir éliminé les causes médicales d'insomnie, la mélatonine pourra éventuellement être prescrite avec suivi régulier. La mélatonine a un effet chronobiologique, elle participe au changement de phase du rythme circadien.

En France on ne trouve aucun protocole clair.

La société canadienne de pédiatrie recommande 2.5 à 3 mg chez l'enfant et 5mg chez l'adolescent. Attention toutefois à écarter la présence de contre-indications : trouble immunitaire / syndrome lymphoprolifératif / traitement immunosuppresseur.

(46)

b) THERAPIES SPECIFIQUES

i. Thérapie comportementale et cognitive :

Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour vocation d'agir sur les comportements et sur le contenu des pensées des jeunes en dépression quand la volonté seule n'est pas suffisante à contrôler les émotions. Cette thérapie place le patient au cœur du traitement. Elle repose sur le principe que les cognitions influent les émotions que nous percevons et le comportement que nous choisissons d'adopter face à une situation.

Au niveau comportemental un travail va être réalisé chaque jour afin de faire constater de façon objective au patient qu'il a la capacité d'accomplir des choses et de s'en sentir bien. On parle d'activation comportementale, on casse la spirale négative instaurée par le jeune lui-même au cours du temps. Des activités plaisantes vont être réintroduites au fur et à mesure dans le but de réapprendre à prendre du plaisir et ainsi être motivé à poursuivre ces activités. De même cela permet de faire sortir le jeune de l'isolement social qui accentuait jusque-là les symptômes dépressifs.

On forge donc l'expérience du jeune pour renforcer sa motivation à devenir actif.

Concrètement, il y a d'abord une phase d'évaluation où le thérapeute apprend à connaître le patient et à évaluer le degré de plaisir éprouvé pour chacune des activités réalisées par le patient dans son quotidien. Pour cela, un journal d'activité peut être tenu. Pour les plus jeunes, on tournera cette phase en amusement, tel un détective à la recherche d'activités qui donnent le sourire. Commencer par des activités simples, comme écouter de la musique, discuter avec un ami.

Au fur et à mesure le thérapeute accompagnera le patient pour choisir les activités à approfondir, à renforcer positivement et à faire plus souvent. Le thérapeute, en discutant avec le patient, devra envisager les problèmes qui pourraient être rencontrés et ainsi les prévenir ou les résoudre.

Au niveau cognitif, le thérapeute va aider le patient à repérer ses pensées négatives et leurs effets nocifs. On parle de pensées automatiques car le patient en dépression ne sait plus les contrôler et cela échappe à sa conscience. Ces pensées récidivent tous les jours, tout le temps et entretiennent le chagrin, la souffrance du patient.

Le problème étant qu'elles ne sont généralement fondées sur aucun élément rationnel. C'est là que le thérapeute intervient afin d'entraîner le patient à ajuster les réactions émotionnelles en fonction de la réalité des événements.

Une alliance thérapeutique avec la confiance qui en découle s'avèrent indispensables entre le jeune patient et le thérapeute.

Les émotions fortes étant les plus faciles à détecter, c'est sur celles-ci que l'on va tout d'abord s'attarder. Le patient pourra tenir un journal des émotions. Avec le thérapeute ils reviendront sur ces émotions et les éléments déclencheurs.

Pour les plus jeunes, on pourra utiliser des smileys, marionnettes, BD etc.

Des procédés d'auto-observation et d'analyse objective sont mis en place. Le thérapeute aide le jeune patient à détecter les biais de pensées, il lui fait prendre conscience qu'il s'impose des règles de vie trop rigides, entraînant découragement, sentiment d'échec, pessimisme et culpabilité injustifiés. Les émotions doivent ainsi être appréhendées différemment, en se basant sur l'acceptation et l'absence de jugement. Le but étant de retrouver un équilibre émotionnel sain et raisonné.

C'est un véritable entraînement de l'esprit qui va demander beaucoup d'investissement émotionnel et qui va prendre du temps à s'acquérir et à se consolider. (5) (2)

ii. Psychothérapie interpersonnelle
(2) (51) (52) (53)

La psychothérapie interpersonnelle est une psychothérapie spécifique, développée dans les années soixante-dix par Klerman et Weissman, et qui est utilisée par les psychiatres et psychologues formés à cette pratique. Elle est reconnue par l'OMS dans la prise en charge de la dépression mais est encore peu pratiquée en France. C'est une thérapie qui tend à se développer en raison de son efficacité reconnue et prouvée. Elle est très utilisée dans les pays anglo-saxons.

Cette pratique a été adaptée aux adolescents en 1993 par Mufson. Elle pourrait être extrapolée aux enfants, en prenant en compte leurs particularités.

La psychothérapie interpersonnelle est particulièrement adaptée aux jeunes patients où les troubles de l'attachement ont un rôle important dans la psychopathologie.

C'est une psychothérapie brève, structurée, en douze à seize séances en général, à raison d'une séance par semaine.

Cette thérapie se base sur le principe que la dépression est un trouble multifactoriel mais qui survient généralement dans un contexte social et interpersonnel particuliers. Quatre domaines ressortent fortement liés à la dépression :

- Les conflits interpersonnels
- Les deuils
- Les déficits interpersonnels (isolement social)
- Les transitions de statut social

Ces domaines seront au centre de la thérapie. La thérapie amène à un travail sur les relations aux autres. Beaucoup du travail réalisé se basera sur la théorie de l'attachement comme elle fut conceptualisée par John Bowlby, selon laquelle un lien affectif nécessite des interactions réciproques entre un individu et sa figure d'attachement.

La thérapie a pour but de faire comprendre au jeune patient comment surviennent les symptômes de la dépression, à quelles intensités, et à quel point ils sont corrélés aux événements de sa vie et aux changements dans leur relation avec autrui. Des moyens de résoudre ses difficultés relationnelles seront mis en place afin d'apaiser les symptômes.

La psychothérapie interpersonnelle est structurée en trois grandes phases :

- La phase initiale.
Le thérapeute évalue la difficulté interpersonnelle du patient et leurs liens avec la symptomatologie dépressive. Puis le thérapeute et le jeune patient identifient le principal domaine interpersonnel problématique. Cette phase prend fin avec la mise en place d'objectifs thérapeutiques, approuvés par les parents et le patient.
- La phase intermédiaire.
Une exploration approfondie des domaines interpersonnels problématiques est réalisée.
Une analyse des interactions sociales, une analyse de la communication, des assignations de tâches, permettront d'améliorer le fonctionnement interpersonnel du patient. Le patient apprend de nouvelles techniques pour mieux faire face.
- La phase finale.
Le patient est amené à s'ouvrir verbalement sur ses sentiments vis-à-vis de la fin de la prise en charge. On consolide les stratégies jusqu'alors mises en place. Il est possible de prolonger la prise en charge si tous les objectifs ne sont pas suffisamment atteints ou d'établir des séances de suivi plus espacées si le patient en ressent le besoin. Le but étant de prévenir les rechutes.

Cette thérapie se distingue des thérapies cognitives et comportementales (TCC) en se concentrant sur les interactions et les modalités relationnelles, plutôt que sur les cognitions erronées ou dysfonctionnelles.

3) Traitement médicamenteux

A ce jour, il n'y a pas de règles bien définies relatives à la prescription d'antidépresseurs chez un enfant. La plupart des praticiens sont tout de même d'accord sur le fait que la prise d'antidépresseurs ne doit être qu'un dernier recours en raison des effets indésirables des traitements avec notamment les risques suicidaires et d'automutilations majorés. (54)

Les essais cliniques chez l'enfant n'étant que trop rares, les médecins n'ont d'autre choix que d'extrapoler les données de l'adulte chez l'enfant, en prenant en compte les particularités pharmacocinétiques de l'enfant et de l'adolescent notamment au niveau du métabolisme des médicaments qui varie en fonction de l'âge. (2) (55) (56)

Les thérapeutes favorisent l'utilisation des molécules les plus sélectives vis-à-vis du site d'action et au rapport efficacité-sécurité le plus sûr. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine sont ainsi privilégiés chez les jeunes patients. Les effets indésirables semblent mineurs pour la plupart des patients avec parfois céphalées, troubles digestifs, agitation, insomnie qui vont généralement s'estomper en quelques semaines. Le syndrome sérotoninergique ne sera que très rarement observé.

Les autorités sanitaires françaises et européennes préconisent l'utilisation de la fluoxétine si l'utilisation d'une molécule s'avère nécessaire chez les jeunes de plus de huit ans. En France, la fluoxétine est la seule molécule à avoir une AMM chez les enfants dans la prise en charge des épisodes dépressifs majeurs d'intensité modérée à sévère, en association à une psychothérapie. (57)

En effet, les études montrent que la fluoxétine est la seule molécule à présenter un intérêt face au placebo. (58) (2)

La thérapie cognitivo-comportementale associée au médicament donne de meilleurs résultats que l'une ou l'autre des monothérapies. (59)

La prescription d'antidépresseur n'est indiquée qu'en cas de résistance ou d'aggravation des symptômes dépressifs après un à deux mois de psychothérapie ou s'il y a présence d'un signe de gravité nuisant la mise en place d'un travail psychothérapeutique.

4. (2)

Les inhibiteurs sélectifs de la sérotonine (ISRS) sont des antidépresseurs purs, sans effets anticholinergiques ni toxicité cardiaque.

Au niveau de la pharmacocinétique des ISRS, leur absorption est élevée et n'est pas modifiée par l'alimentation. Ils présentent une liaison importante aux protéines plasmatiques (> 80 %). Le pic est atteint entre 6 et 8 heures. Les ISRS subissent un effet de premier passage hépatique. La fluoxétine est principalement métabolisée par le CYP2D6 et donne par déméthylation le métabolite actif la norfluoxétine. Enfin, l'élimination est essentiellement rénale mais également biliaire avec une demi-vie de 4 à 6 jours pour la fluoxétine et de 4 à 16 jours pour la norfluoxétine. Le produit restera dans l'organisme pas moins de 5 à 6 semaines en cas d'arrêt du traitement.

(60)

La dose initiale de fluoxétine chez la population pédiatrique à partir de 8 ans est de 10 mg par jour, soit 2,5 ml de solution buvable (20 mg / 5ml). Après une à deux semaine la posologie peut éventuellement être augmentée à 20 mg par jour.

Il est à noter que chez les enfants de faible poids l'effet thérapeutique pourrait être obtenu avec des doses plus faibles en raison de concentrations plasmatiques plus élevées.

Le traitement doit être reconsidéré en l'absence de bénéfice clinique dans les 9 premières semaines.

Des études cliniques réalisées en pédiatrie rapportent la fréquence notable de cas d'épisodes maniaques et hypomaniaques suite à la prise de fluoxétine. Cela doit entraîner sans délai l'arrêt du traitement. (60)

Les effets indésirables rapportés dans la population pédiatrique sont des comportements suicidaires et / ou hostiles (colère, irritabilité, agressivité, agitation, hyperactivité). Des épistaxis ont également été fréquemment observés.

De façon isolée, des cas de retard de croissance et de retard de maturation sexuelle ou de dysfonction sexuelle ont été rapportés.

Les associations contre-indiquées avec la fluoxétine sont :

- + Metoprolol : risque de bradycardie excessive en raison d'une diminution importante du métabolisme du metoprolol causée par la fluoxétine.
- + Inhibiteurs de la monoamine oxydase : risque de syndrome sérotoninergique (fièvre, diarrhées, tachycardie, hypertension artérielle brutale, sudation, tremblement, confusion, rigidité musculaire, coma). Il faut respecter un délai de 7j pour passer à un IMAO.
- + Triptans
- + Médicaments allongeant l'espace QT

Il sera également déconseillé d'associer la fluoxétine à l'alcool et à la Mequitazine.

Chaque patient va réagir différemment vis à vis d'une même molécule, tant pour les effets recherchés que pour les effets indésirables. C'est pourquoi une surveillance étroite doit obligatoirement accompagner la prise du traitement, par les proches et les soignants. L'objectif principal est de détecter rapidement d'éventuels effets indésirables tels que les troubles du sommeil, l'anxiété, l'irritabilité, l'agitation ou des idées suicidaires.

En effet, les antidépresseurs ne sont pas suicidogènes mais risquent de diminuer les mécanismes défensifs du patient d'où la surveillance et le soutien par une psychothérapie indispensables.

En raison du peu d'études sur la prise d'antidépresseurs chez les jeunes patients, il est recommandé de réaliser un suivi régulier de croissance et de maturation sexuelle avec notamment courbe staturo-pondérale, IMC et stade de Tanner.

La mise en place du traitement se réalise en trois étapes :

- La phase aigüe : c'est l'initiation de la molécule avec ajustement progressif des posologies en fonction des effets observés. Chez les enfants de moins de 12 ans il est recommandé de commencer par la demi-dose adulte soit 10 mg pour ensuite éventuellement passer à 20mg/j. Chez les adolescents le métabolisme des médicaments étant équivalent voire plus rapide que chez l'adulte, une posologie d'adulte est nécessaire pour ne pas se trouver en échec thérapeutique en raison d'un sous dosage par précaution. Il faut compter en moyenne trois semaines avant d'observer une amélioration de l'état du patient.
Le jeune patient va petit à petit retrouver son énergie et son état d'esprit habituel.
- La phase de maintenance : elle commence lorsque les symptômes dépressifs ont disparu. Il faudra alors consolider ce progrès pendant plusieurs mois, six mois à un an en général.
- La phase d'arrêt ou de prévention : cette phase doit être très progressive, sur deux semaines à deux mois en raison d'un syndrome de sevrage fréquent (sensations vertigineuses, troubles sensoriels, sommeil perturbé, agitation, anxiété, nausées, tremblements, céphalées). Il faut un suivi régulier et renforcé afin de prévenir une éventuelle rechute.

Les antidépresseurs n'induiraient pas d'accoutumance et les études ne montrent jusqu'à maintenant aucun effet délétère sur le cerveau. (2) (5)

La prise en charge par les antidépresseurs doit donc rester une solution de dernier recours compte tenu des incertitudes relatives aux effets sur le cerveau en développement et ne substitue en aucun cas à la psychothérapie.

Si les risques de passage à l'acte sont trop importants ou si la prise en charge psychologique doit être plus soutenue, une hospitalisation pourra s'avérer nécessaire. (6)

4) Hospitalisation

Une hospitalisation du jeune patient pourra être envisagée lors de dépressions sévères afin d'assurer le diagnostic via des examens complémentaires (écarter par exemple les causes organiques), de permettre au patient de se reposer en l'écartant des facteurs de stress de sa vie quotidienne ou d'initier un traitement difficile à mettre en place par de simples consultations. (5)

Selon les dernières recommandations de l'ARS, datant de 2014, une hospitalisation peut être discutée si :

- Le risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif est trop important
- Des signes psychotiques ou une répercussion fonctionnelle ou somatique apparaissent
- Un suivi ambulatoire est trop difficile à mettre en place
- La situation socio-familiale est nocive (maltraitance, abus, relations nuisibles entre le jeune et l'entourage nécessitant un temps de retrait pour débiter les soins, cadre de vie défavorable avec accompagnement insuffisant mettant en péril l'observance des soins et du suivi)

Quand cela est possible, il est fortement recommandé que la décision d'une hospitalisation soit évaluée au préalable par un (pédo)psychiatre. Ce dernier fixera des objectifs et donnera les explications nécessaires au jeune patient et à son entourage. Il assurera également une préparation à la séparation entre le patient et sa famille.

Le lieu d'hospitalisation doit être adapté, avec des thérapeutes formés à prendre en charge ces jeunes patients. En fonctions des hôpitaux, le patient pourra être orienté en service pédiatrie, médecine, psychiatrie adulte ou psychiatrie infanto-juvénile.

Les thérapeutes vont travailler sur la restitution d'un lien entre le jeune patient et son entourage, lien souvent impacté par la dépression. Chez les adolescents, il sera parfois nécessaire de fixer en début de soin un temps d'éloignement avec la famille, en général une semaine, afin que celui-ci puisse se recentrer sur lui-même et sur ses problèmes. Progressivement, on réintroduira la famille au protocole de prise en charge du patient, d'abord avec la présence de thérapeutes puis la famille seule avec l'adolescent.

Pendant l'hospitalisation, la prise en charge sera adaptée à l'âge, aux besoins et à la réceptivité du patient. L'objectif est d'apprendre à mieux se connaître, mieux gérer ses émotions afin de retrouver une paix intérieure, retrouver goût aux plaisirs de la vie. Cela passera par des ateliers thérapeutiques, de la discussion, des échanges.

Le médecin de premier recours doit rester informé pendant l'hospitalisation afin d'accompagner et d'informer l'entourage si besoin et afin d'optimiser ensuite le retour aux soins ambulatoires et le suivi du patient.

En effet, à la sortie de l'hôpital il est primordial que le jeune patient continue d'être suivi afin de consolider les bases de soins acquises, de les adapter à la vie quotidienne et d'éviter les rechutes.

5) PRISES EN CHARGE COMPLEMENTAIRES

On entend par prises en charge complémentaires les traitements qui ne reposent pas sur les outils thérapeutiques classiques, abordés précédemment.

Chez les enfants et les adolescents il est intéressant de s'y attarder étant donné la réticence à l'égard de tout ce qui est « psy » (psychiatrie, psychotropes, psychothérapies).

Ces approches que l'on va aborder apportent un réel bienfait aux jeunes patients, avec peu voire aucun effet indésirable.

Cependant, cela doit rester complémentaire à une prise en charge classique.

a) Sismothérapies également appelées électroconvulsivothérapie (61) (54)

L'électroconvulsivothérapie (ECT) est indiquée dans la prise en charge des épisodes dépressifs majeurs en cas de pronostic vital engagé (risque suicidaire avéré ou état général dégradé) ou d'absence d'alternative thérapeutique ou sur demande du patient. Les indications et conditions de réalisation ont été définies par la Fédération Française de Psychiatrie (FFP).

De nombreuses études ont démontré son efficacité et sa bonne tolérance chez les patients adultes. Son utilisation est possible chez l'adolescent, au même titre que chez l'adulte, même si le nombre d'étude est limité chez l'adolescent. Néanmoins, une étude rétrospective de Cohen sur 21 patients âgés de 13 à 20 ans affirme l'efficacité de cette méthode sur les troubles de l'humeur chez l'adolescent, mais avec un taux de rechute à 1 an non négligeable de l'ordre de 40%. (62)

Le mécanisme d'action de l'ECT n'est pas encore totalement connu. Les équivalents de crises d'épilepsie répétées normaliseraient partiellement l'activité des neurotransmetteurs connus pour être impliqués dans la dépression et favoriseraient

le développement des neurones et leurs connexions c'est-à-dire la neuroplasticité.
(5)

L'ECT est réalisé en milieu hospitalier, sous anesthésie générale, après une évaluation complète de l'état de santé du patient par un médecin et après consentement écrit des parents responsables. Le patient est encadré par une équipe de professionnels spécialisés comprenant en général un psychiatre, un anesthésiste, une infirmière et parfois un technologue en électrophysiologie et un inhalothérapeute.

Un courant de faible intensité (environ 0,8 ampères) est envoyé durant quelques secondes à la surface du crâne du patient avec des électrodes. L'équivalent d'une mini crise d'épilepsie va alors être engendrée, durant moins d'une minute. Cette crise ne cause aucune douleur au patient, totalement endormi. De plus, un relaxant musculaire, le curare, aura au préalable été administré au patient dans le but de paralyser momentanément l'appareil musculaire et ainsi prévenir les accidents ostéo-articulaires.

La durée totale d'une séance, comprenant la préparation, l'intervention et la surveillance, peut durer jusqu'à deux heures.

La thérapie dure en général trois à quatre semaines, à raison de deux à trois séances par semaine.

Ensuite quelques séances d'entretiens plus espacées pourront être nécessaires.

Des effets secondaires peuvent apparaître tels qu'un état confusionnel, des céphalées, des nausées ainsi que des douleurs musculaires mais vont rapidement disparaître en quelques minutes voire quelques heures. De façon transitoire peuvent également survenir des pertes de mémoire et de l'orientation. Ces effets peuvent exceptionnellement persister plusieurs mois.

Des effets secondaires plus graves peuvent apparaître mais restent très rares : laryngospasme, traumatisme dentaire, luxation ou fracture, défaillance circulatoire ou encore brûlure cutanée au point d'application des électrodes.

L'hypertension intracrânienne est la seule contre-indication absolue à l'ECT.

D'autres pathologies doivent amener le médecin à apprécier le rapport bénéfice/risque pour le patient : l'existence de lésions intracrâniennes, d'hémorragie cérébrale ou d'infarctus du myocarde récent, de décollement de la rétine ou la prise de certains traitements.

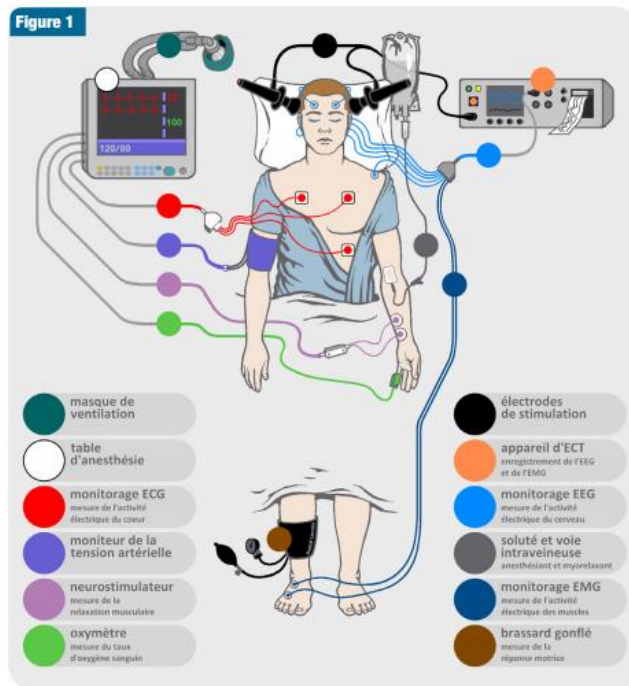


Figure 1. Dessin décrivant le déroulement d'une séance d'ECT. (63)

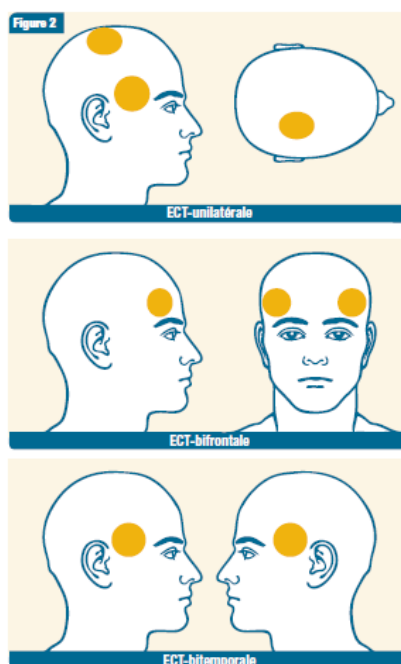


Figure 2. Dessin indiquant le positionnement des électrodes de stimulation (ronds jaunes) lors d'une ECT. (63)

b) Photothérapie ou luminothérapie ou luxthérapie

La photothérapie est une méthode de prise en charge complémentaire dont l'efficacité est reconnue notamment dans certaines dépressions saisonnières et certains troubles du sommeil. On parle de dépression saisonnière lorsque les troubles sont liés à des journées plus courtes et à une exposition moindre au soleil, durant la période automnale et hivernale.

La photothérapie consiste à exposer tous les matins le jeune patient à une lumière intense et adaptée. L'efficacité est optimale au réveil.

La lumière utilisée est une lumière blanche fluorescente, artificielle qui imite celle du soleil, dont l'intensité est comprise entre 2500 et 10000 lux. La lumière va être captée par la rétine de l'œil et sera transformée en signaux électriques agissant sur certains neurotransmetteurs du cerveau tels que la mélatonine, la sérotonine et l'adrénaline. Ces neurotransmetteurs sont corrélés à la régulation de l'humeur du patient, de son énergie, son appétit et son sommeil. La luminothérapie bloque la sécrétion de mélatonine.

Avant de commencer cette thérapie, il est nécessaire de s'assurer auprès d'un médecin l'absence de contre-indications : problèmes oculaires (glaucome, cataracte, rétine pigmentaire, dégénérescence maculaire), certaines pathologies de peau (photo-allergie, porphyrie cutanée), certaines maladies affectant la rétine (par exemple le diabète) et enfin la prise de traitements photosensibilisants.

La lampe ne doit pas être regardée directement.

Pour les jeunes patients, une séance dure en moyenne entre 15 et 20 minutes et sera renouvelée chaque jour jusqu'au retour du printemps. Le traitement pourra être poursuivi l'été si le patient en ressent le besoin.

La luminothérapie peut être proposée dans certaines cliniques mais on la pratique le plus souvent à la maison, après s'être procuré une lampe adaptée dans les magasins de luminaires, dans les magasins d'appareils orthopédiques ou en pharmacie. Il faut veiller à ce que la lampe n'émette pas d'UV et que le champ lumineux soit assez large afin de pouvoir être à l'aise et continuer une activité normale pendant la séance (lecture, travail...). Cela permettra une meilleure observance.

Les effets indésirables de cette méthode sont rares mais peuvent exister, de façon transitoire, avec un risque de céphalées, vertiges, nausées, fatigue visuelle, sédation ou agitation et troubles du sommeil. On diminuera alors le temps d'exposition à la lumière.

Il faudra attendre entre deux jours et trois semaines de photothérapie quotidienne avant d'observer une amélioration des symptômes de la dépression.

(5) (64)

En complément à cette thérapie, il faudra surveiller le taux de vitamine D du jeune sujet. Un apport suffisant en vitamine D est en effet nécessaire au bon fonctionnement neuropsychiatrique du cerveau et une corrélation a été observée entre un faible taux de cette vitamine et certaines dépressions.

L'institut de médecine des académies nationales recommande un apport quotidien de 600 UI chez les enfants. Si une carence est observée, on complémentera le jeune patient par un apport de 1000 UI de vitamine D par jour.

Cependant, notons que les bienfaits d'une supplémentation en vitamine D sont certainement limités aux patients présentant une carence en vitamine D avant la thérapie. (65)

c) Micronutrition

(66) (67)

Avec le développement de l'industrie pharmaceutique au siècle dernier, il est apparu la notion que la dépression est un facteur important d'influence sur l'intestin mais depuis quelques années seulement les études tendent à montrer l'impact du dysfonctionnement intestinal sur le cerveau.

Les médicaments disponibles aujourd'hui pour prendre en charge la dépression visent à modifier artificiellement l'activité des neurotransmetteurs dans le cerveau. Sachant que la disponibilité de ces substances chimiques au niveau cérébral est largement gouvernée par l'activité des bactéries intestinales, agir sur l'intestin des enfants et adolescents pourrait réguler l'humeur et améliorer leur santé mentale. Par exemple, le tryptophane, précurseur de la sérotonine, est étroitement régulé par les bactéries de l'intestin, notamment par *Bifidobacterium infantis*.

Notre alimentation peut être responsable de la perméabilité intestinale et de la diminution de la diversité bactérienne.

Un lien entre inflammation et dépression a été établi par les scientifiques. La dépression sévère est accompagnée de l'activation de la réponse inflammatoire et les cytokines pro-inflammatoires et le lipopolysaccharide LPS (marqueur de perméabilité intestinale) peuvent entraîner des symptômes dépressifs. Les données scientifiques montrent que les patients suivant un régime méditerranéen c'est-à-dire riche en bonnes graisses aux propriétés anti-inflammatoires sont beaucoup moins sujets à la dépression. Au contraire, une alimentation riche en sucres rapides engendre un microbiome inflammatoire.

Les derniers travaux montrent donc un lien certain entre microbiome intestinal et santé mentale. C'est pourquoi aujourd'hui les recherches s'orientent sur les nouvelles stratégies thérapeutiques à mettre en place afin de prévenir et traiter la dépression en prenant soin de l'intestin des jeunes patients. Une alimentation riche en fibres et en légumes permet d'avoir un meilleur microbiote ce qui affecte favorablement le métabolisme et le fonctionnement cérébral du patient.

Les chercheurs d'Oxford ont observé que les patients ayant consommé des prébiotiques accordaient plus d'importance aux pensées positives et moins d'attention aux informations négatives par rapport à un groupe de patient placebo.

Dans l'attente d'études complémentaires, on préconise aux jeunes patients atteints de dépression un programme de probiotiques par voie orale, associé à une alimentation riche en prébiotiques et enrichie en vitamine D.

d) Acupuncture

(5)

L'acupuncture est une approche complémentaire dans la prise en charge de la dépression chez les jeunes patients chez qui la médecine traditionnelle n'apporte pas un soulagement suffisant.

Cette pratique permet d'apaiser les enfants et adolescents en diminuant le stress, la fatigue et les troubles du sommeil et en permettant une plus grande clarté mentale. (68)

C'est une pratique issue de la médecine traditionnelle chinoise, datant de plus de 3000ans. Elle part du principe qu'une énergie circule dans notre corps et qu'une énergie bloquée, insuffisante ou mal répartie entraîne un déséquilibre et provoque certaines maladies.

En médecine chinoise, les troubles mentaux et émotionnels tels que la dépression sont corrélés à un déséquilibre général de tout l'organisme et doivent être traités avec une approche personnalisée.

La pratique est désormais reconnue officiellement par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et le National Institute of Health (NIH).

L'acupuncture est définie par le collège français d'acupuncture comme « un terme générique désignant l'ensemble des techniques de stimulation ponctuelle physiques (mécanique, électrique, magnétique, thermique, lumineuse) ou physicochimiques de points d'acupuncture à visée thérapeutique ». La jurisprudence considère l'acupuncture comme un acte médical.

D'après un rapport de l'OMS, la dépression fait partie des maladies pour lesquelles l'acupuncture a été prouvée, grâce à des essais contrôlés, comme traitement efficace chez l'adulte. (69)

Le plus souvent de fines aiguilles vont être implantées et manipulées à des points bien spécifiques du corps (les méridiens) pour permettre de réguler les flux énergétiques. Selon l'âge, on va parfois simplement piquer sans laisser l'aiguille insérée comme on le fait chez l'adulte.

Chez l'enfant, la luxopuncture est particulièrement adaptée pour prendre en charge la dépression et le mal être. Elle utilise l'énergie du rayonnement infrarouge qui sera transférée au niveau des terminaisons nerveuses constituant le point réflexe et permettant une action sur l'équilibre fonctionnel du système hormonal via l'hypothalamus et l'hypophyse, régulant le système nerveux végétatif et les fonctions comportementales.

L'auriculothérapie est une branche de l'acupuncture découverte récemment (une cinquantaine d'années). Elle fonctionne par la stimulation de points de l'oreille, transmise au centre verveux supérieur et qui entraîne la sécrétion de substances

endogènes actives (endorphines, cortisol, sérotonine...) au niveau des zones du corps correspondant aux points stimulés.

L'OMS publie les « principes directeurs pour la formation de base et la sécurité dans la pratique de l'acupuncture ». (70)

L'acupuncteur doit avant toute pratique s'assurer de l'absence de trouble de saignements et de coagulation ainsi que de l'absence de lésions organiques.

Dans la mesure où la pratique est bien contrôlée, les effets indésirables sont rares, on peut observer localement des rougeurs, sensations de chaleur ainsi que de légères douleurs et éventuellement une fatigue ou une sensation de malaise.

Les premiers résultats apparaissent après 3 à 5 séances en général. Cela dépend de la chronicité et de la complexité du trouble à prendre en charge et de la condition générale du jeune patient. Si le patient ne ressent aucun changement au-delà de 6 à 8 séances, on orientera le jeune patient vers une autre pratique.

Pour la dépression, 10 séances sont conseillées avant une réévaluation.

e) Hypnothérapie

L'hypnothérapie est une pratique thérapeutique faisant appel à des moyens de l'inconscient permettant de traiter des troubles psychiques tels que la dépression.

Mettre un patient en état d'hypnose c'est reproduire intentionnellement un état de conscience modifiée, différent de l'état de veille habituelle, où les choses sont perçues autrement. L'hypnose est un état naturel de l'esprit. Chaque personne possède une capacité naturelle de réponse à l'hypnose, y compris les enfants. (71)

L'hypnothérapeute conduit le patient à réorganiser son monde interne et relationnel d'être humain souffrant, il développe des outils qui ont pour limite principale sa propre créativité. (72) Des changements durables vont être initiés dans l'esprit du patient. Pour cela, une relation de confiance est indispensable entre le thérapeute et le jeune patient.

De récentes études montrent que l'hypnothérapie est efficace dans la prise en charge de la dépression et permet de diminuer le risque de rechutes. (73) (74)

L'hypnose permet d'identifier la cause, la source des symptômes afin de les éliminer. Ainsi, l'hypnose permet d'améliorer l'efficacité d'une psychothérapie.

Dans la dépression, l'hypnose va notamment aider le patient à prendre conscience de son état d'anxiété, à trouver la source d'angoisse et à la soulager.

De plus, cette thérapie aide le jeune patient à retrouver une confiance en soi, une énergie pour la guérison et un état de relaxation. Le vécu du patient est analysé, ainsi que son comportement vis-à-vis des traumatismes éventuellement vécus.

Enfin, l'hypnose permet également une dé-somatisation par la prise en charge de la douleur telle que des maux de tête récurrents.

En général, une thérapie recoupe différentes phases de travail :

- Etablissement des objectifs
- Apprentissage de l'hypnose
- Exploration
- Renforcement de l'égo
- Changement en profondeur
- Consolidation

La fréquence et le nombre de séances dans une thérapie varie selon le patient, sa personnalité, ses besoins, ses souffrances, ses objectifs thérapeutiques et son évolution thérapeutique. Rien n'est prédéfini.

f) Relaxation et respiration

(75)

Une respiration consciente c'est-à-dire écouter ses mouvements respiratoires, prendre conscience du lieu de respiration (ventre, thorax, gorge, ...) et de son rythme (lent, rapide, fractionné, ...) permettent se déconnecter des ressassements mentaux pour ainsi mieux se recentrer sur son corps et le relaxer.

Le jeune patient apprend à changer d'amplitude respiratoire.

Inspirer et expirer lentement ont un effet bénéfique sur le psychisme. Cet exercice permet de diminuer les tachycardies d'origine émotionnelles que l'on retrouve dans les crises de panique et pics d'anxiété chez les patients dépressifs.

Respirer profondément va permettre à l'enfant et l'adolescent de mieux se concentrer, d'être plus sereins dans leurs prises de décisions et de mieux visualiser leurs problèmes.

La relaxation dynamique repose sur la capacité de régulation respiratoire, la capacité à diminuer la tension des muscles, la capacité de perception sensorielle ainsi que sur la capacité de ralentissement de la pensée.

La respiration est la base de la relaxation.

La relaxation permettra donc aux jeunes patients d'apaiser leurs tensions musculaires et psychiques.

Les exercices de relaxation agiront soit d'abord sur le mental, soit d'abord sur les muscles. On parlera de relaxation active lorsque qu'on part du principe que les émotions sont liées au degré de tension musculaire. Ainsi, on agit d'abord sur les tensions musculaires pour arriver à une relaxation psychique.

Cette technique est indiquée dans l'anxiété, les angoisses, le stress et les insomnies présents dans la dépression.

g) Thérapies à médiation corporelle

i. Thermalisme psychiatrique (hydrothérapie / balnéothérapie / aquathérapie)

L'hydrothérapie est une méthode douce, un ensemble d'exercices réalisés dans l'eau, dans un but thérapeutique.

L'effet hydrodynamique et les propriétés thermales de l'eau ont des bienfaits sur l'organisme et vont permettre une meilleure relation corps esprit, donnant de bons résultats dans la dépression.

L'eau peut être utilisée via plusieurs types de stimulations : chimique, thermique, mécanique et/ou psychique. Le contact de l'eau procure une sensation de bien-être, son bruit apaise les esprits, le patient est porté par l'eau et découvre des sensations inexplorées. C'est un moment de détente où le patient se réapproprie son corps, plus léger, l'aidant ainsi à lâcher prise.

Le jeune patient va apprendre à mieux gérer ses émotions et va petit à petit reprendre confiance en soi. En effet, l'eau va jouer le rôle de vecteur pour l'enfant, l'eau va l'aider à prendre conscience de son corps, sa respiration et son équilibre et va permettre à l'enfant de se sentir capable. Dans l'eau, le jeune patient ne va plus ressentir le poids de son corps, de ses muscles, ainsi les muscles vont se détendre amenant le patient anxieux à un état de relaxation. L'enfant détendu va avoir une liberté de mouvement dans l'eau, propice à un moment de jeu et de plaisir.

Le personnel accompagnant le jeune patient est formé aux techniques cognitivo-comportementales afin de renforcer l'action antidépressive de la thérapie thermique. On aura notamment un travail sur le corps et la dimension relationnelle du patient. L'anxiété va diminuer, le patient va retrouver une certaine énergie et son sommeil sera amélioré.

Concrètement, l'hydrothérapie est proposée en pédopsychiatrie chez les patients anxiodépressifs. Les séances sont le plus souvent individuelles et durent en moyenne 45 minutes. Elles sont généralement réalisées par un infirmier et un aide-soignant. Elles intègrent des exercices de familiarisation et d'entrée dans l'eau, puis d'équilibre, de déplacements, de respiration, d'immersion, et enfin d'un moment de détente. A la fin de chaque séance, le jeune patient et le personnel soignant partagent leurs ressentis.

Plusieurs études, ces dernières années, ont appuyé l'efficacité thérapeutique de cette thérapie. (76) (77)

Cependant, quelques contre-indications sont à considérer chez l'enfant et l'adolescent : l'absence d'autonomie, une maladie contagieuse dermatologique, une dénutrition ou anorexie sévère, une personnalité bipolaire, des accès psychotiques en phase active.

ii. Sophrologie

C'est une méthode psychocorporelle exclusivement verbale, conçue par le neuropsychiatre Alfonso Caycedo, qui aura une action sur le corps et l'esprit. C'est une association d'exercices de respiration, de relaxation, de décontraction musculaire, d'écoute du corps, d'éveil des sens et de visualisation mentale dans le but d'atteindre un état de bien-être général.

La sophrologie va permettre au jeune patient de mieux se connaître, de retrouver une confiance en soi pour mieux affronter le quotidien et ses difficultés. La sophrologie encourage l'autonomie, stimule la créativité, développe la communication et diminue la somatisation.

La dépression est accompagnée d'une perte d'intérêt pour les activités du quotidien, la sophrologie va stimuler le patient, l'aider à retrouver l'envie d'aller de l'avant, son énergie, sa capacité à ressentir des émotions positives.

Pour cela le jeune patient et le thérapeute seront dans l'échange et le jeu pour attiser la curiosité du patient et créer une alliance.

La sophrologie peut être proposée aux enfants à partir de 6 ou 7 ans selon la maturité et sera adaptée à l'état d'acquisition du schéma corporel. Chez les plus jeunes, on limitera le temps des séances à environ 15 minutes et la sophrologie passera par le jeu, le conte ou encore le mouvement.

La séance débute en général par un moment de défoulement, de libération pour le patient puis s'enchaînent plusieurs exercices adaptés au patient et enfin la séance se termine par l'expression du vécu du jeune patient, par un dessin pour les plus jeunes, par la parole pour les plus matures.

iii. Réflexologie plantaire

La réflexologie plantaire est désormais reconnue en France pour soigner les maux du corps ainsi que les obstacles émotionnels et libérer l'énergie des patients.

Le but est de stimuler, via un massage doux des pieds par les pouces, les parties du corps qui souffrent et ainsi les soulager. Chaque point spécifique du pied est corrélé à un organe de notre corps. Les pieds font partie des zones les plus innervées du corps, ce qui explique l'efficacité de cette pratique pour le bien être du patient.

La réflexologie plantaire permet de traiter les états d'âme des enfants et adolescents tels que la dépression, l'anxiété, les angoisses, le mal être, l'agitation, les problèmes de concentration, les maux de ventre, les insomnies et la fatigue.

Cette pratique apporte au jeune patient une relaxation intense, une meilleure circulation, une désintoxication du corps et un meilleur équilibre des émotions. Cela permet au patient de retrouver vitalité et bien être moral.

Chez l'enfant le massage devra être particulièrement doux et enveloppant et ne durera que quelques minutes.

Une séance durera entre 30 et 40 minutes, le temps de donner les explications au patient, de créer un lien, de détendre le préalablement le pied du patient et enfin de pratiquer le soin.

La réflexologie plantaire doit être exercée par une personne experte et qualifiée.

Une fois le soin relaxant des pieds effectué, les muscles, tissus et articulations seront suffisamment relâchés et la circulation sanguine et lymphatique sera optimale pour la pratique du soin. En fonction du patient et des symptômes, le thérapeute va travailler trois zones réflexes, les stimuler quelques minutes et finir avec la trajectoire glandes surrénales/reins/uretère/vessie, qui est la voie d'évacuation.

Grace à cette pratique, le patient participe activement à l'évaluation de son ressenti et prête une attention particulière à son corps.

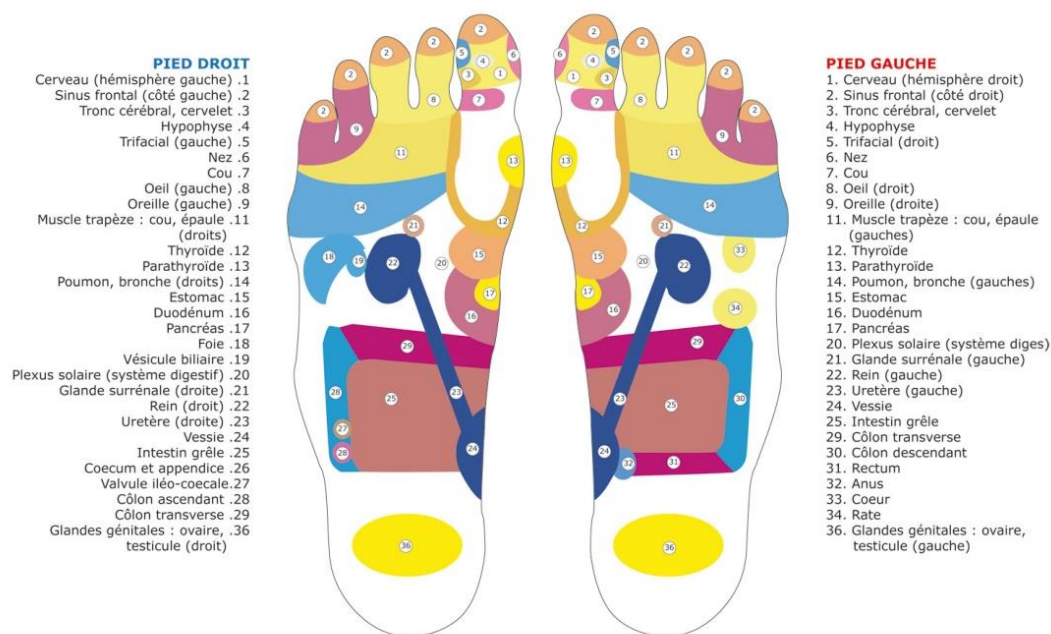


Figure. Dessin décrivant les zones réflexes des pieds. (78)

iv. Médecine physique

On entend par médecine physique tout soin fondé sur des actions sur le corps tels que les mobilisations spécifiques, les manipulations, le travail respiratoire et les massages adaptés avec notamment les soins de kinésithérapie et les techniques ostéopathiques.

C'est une thérapeutique efficace dans la prise en charge de la dépression.

En effet, plusieurs recherches ont établi les liens entre la peau, le tissu conjonctif, les muscles, richement innervés, et le système nerveux central.

Plusieurs études récentes ont établi le rôle joué par la peau dans la réponse neuro-immunologique et neuro-endocrinologique. (79) (80) Des études chez l'adulte démontrent les effets du massage sur la diminution du cortisol et l'augmentation de la sérotonine et de la dopamine. Des effets sur l'amélioration de la vigilance et de la concentration sont également mis en évidence lors de tests EEG.

Le massage est donc un geste technique, qui doit être pratiqué par un professionnel de santé et adapté à la problématique et l'âge du patient.

La relation thérapeutique entre le professionnel et le patient ainsi que l'environnement auditif viennent appuyer l'action physique du soin.

L'avantage de ces soins est qu'ils peuvent être proposés à tous les âges, aucune compétence verbale ou intellectuelle n'est nécessaire.

Les effets positifs du soin apparaissent rapidement dans les heures et les jours qui suivent, le jeune patient va trouver un meilleur sommeil et son humeur sera améliorée. (81)

Lors d'une étude, un massage du dos de 30 minutes a été réalisé chaque jour durant 5 jours à un groupe de 52 enfants et adolescents souffrant de troubles dépressifs. En comparaison à un groupe témoin qui a visionné des bandes vidéo relaxantes, les patients massés étaient moins déprimés et anxieux et présentaient des taux de cortisol salivaire inférieurs après le massage. De plus, les infirmières ont jugé les patients moins anxieux et plus coopératifs le dernier jour de l'étude et le sommeil nocturne a augmenté durant cette période. Enfin, les taux de cortisol et de norépinéphrine urinaires ont diminué. (82)

h) Art-thérapie

Depuis 1986, l'art-thérapie est reconnue par la communauté scientifique. C'est une thérapie particulièrement indiquée pour les enfants chez lesquels l'introspection est souvent difficile, comme pour les adolescents, souvent réfractaires à l'approche psychothérapeutique classique.

Cependant, elle est à éviter en cas de dépression profonde ou de phase de grande excitation.

Pour participer, il n'y a pas d'âge minimum ni de prérequis en art.

L'art-thérapie utilise une stratégie de détour, pour contourner les résistances au changement et accéder à des émotions refoulées. On se sert de la création artistique pour infiltrer les problématiques inconscientes du jeune patient. En réalisant quelque chose soi-même, le patient se sent valorisé, il peut s'exprimer et se libérer afin de dépasser son mal être. Au fil des activités, les enfants et adolescents évacuent leur tristesse, réapprennent l'estime de soi et à supporter le regard des autres. De plus, la thérapie se pratiquant en groupe, cela permet de rompre avec l'isolement et le sentiment d'exclusion. (83)

Le thérapeute devra s'adapter à l'âge du patient, à son trouble et à sa personnalité, sa sensibilité. Il faudra sans cesse s'adapter à l'évolution du patient dans sa maladie. Les techniques et matériaux sont adaptés aux symptômes/difficultés de chacun et à la stratégie thérapeutique définie pour chaque patient, par exemple : « la perte de l'élan vital » sera combattue par l'éveil sensoriel et sensori-moteur provoqué par l'attrait et la variété des matières, des textures (argile, bois, cuirs, tissus, plumes...), des formats, des objets insolites proposés, par le pouvoir émotionnel, évocateur et stimulant des couleurs. (84)

Parmi les thérapies par l'art que l'on peut proposer à nos jeunes patients, on trouve essentiellement : les arts plastiques, la sculpture, la peinture, le dessin, l'écriture, le théâtre, la danse, le conte, les marionnettes, la musique et le chant.

Le patient doit s'y sentir bien.

Prenons l'exemple de la musicothérapie.

C'est l'utilisation de la musique comme outil thérapeutique dans le but d'améliorer la santé mentale du patient. La musique incite à une implication active du patient dans sa quête du bien-être. (85)

À partir du moment où la musique est pour un patient facteur d'équilibre et d'épanouissement, moyen d'adaptation au monde, source d'apaisement et de réconfort, à partir du moment où elle permet une ouverture sur le rêve, son utilisation thérapeutique devient indiquée.

Entre le patient et le thérapeute, la musique devient une sorte de bouclier derrière lequel le patient se sent moins vulnérable que lorsqu'il est livré au regard ou au contact direct de l'interlocuteur. (86)

Il existe deux types de musicothérapie : réceptive (écoute de la musique) et/ou active (pratique d'un instrument). Des travaux ont montré l'intérêt de cette thérapie dans l'atténuation de la symptomatologie dépressive. Dans leur article en 2012, Eckhardt et Dinsmore décrivent que la musicothérapie réceptive renforce l'alliance thérapeutique, provoque des progrès sur le plan physique, émotionnel, communicationnel ou encore de la symptomatologie dépressive (fatigue, faible estime de soi, détresse émotionnelle). (87)

La musique permet à l'enfant et à l'adolescent de mobiliser un ensemble d'émotions, elle ouvre les voies de la communication et accroît la créativité. Le lien social est développé, le patient apprend à se détendre, à lâcher prise, seul ou dans un groupe. Il a l'esprit occupé par la musique, oubliant ainsi les soucis du quotidien, sa maladie. L'anxiété est diminuée et le jeune patient apprend petit à petit à reprendre plaisir, à s'ouvrir à la nouveauté et à l'extérieur. Le patient ressort apaisé de l'atelier. (88)

La musique est donc un soutien dans le processus de guérison.

i) La médiation animale : la zoothérapie
(89) (90) (91)

La zoothérapie est un complément d'intervention qui s'inclue dans la prise en charge globale du jeune patient atteint de dépression.

Le pédopsychiatre Boris Levinson en est le fondateur. En effet, dans les années 1950, il s'aperçoit que parler de sa vie, ses angoisses ou ses craintes en présence d'un animal est beaucoup moins intimidant pour les enfants et adolescents. Le patient discute plus facilement, il est moins méfiant envers le thérapeute. De plus, voir l'animal est une source de motivation pour se rendre à la séance.

François Beiger, psychanalyste en médiation animale, également éthologiste canin, va importer la zoothérapie en France et va créer en 2003 l'Institut français de zoothérapie. Il est également à l'origine du centre de formation et de recherche aux applications de la zoothérapie.

La zoothérapie est définie comme l'utilisation d'un animal auprès de patients à des fins thérapeutiques. Elle se base sur les liens naturels et bienfaisants qui existent entre les hommes et les animaux. Une de ses indications est l'amélioration de la santé des jeunes patients atteints de dépression. Elle a pour objectif de diminuer les troubles cognitifs, psychologiques, affectifs et sociaux.

La zoothérapie se pratique en individuel ou en petits groupes, avec divers ateliers thérapeutiques où des objectifs bien précis sont fixés en début de séance.

On distingue les Activités Assistées par l'Animal (AAA) des Thérapies Assistées par l'Animal (TAA) par le fait que la thérapie assistée par l'animal nécessite de fixer clairement les objectifs et de procéder à des évaluations aux différentes étapes du traitement. Aujourd'hui ces deux méthodes de travail sont réunies sous le terme général d'Interventions Assistées par l'Animal (IAA).

Pour une thérapie efficace, il faut réunir trois facteurs :

- Un animal familier, en bonne santé, minutieusement sélectionné et éduqué
- Une cohérence dans le travail
- Un zoothérapeute avec une capacité de psychanalyse de cette médiation enfant/animal

Les enfants et adolescents ont besoin de repères, l'animal devient ce repère, il rassure. Contrairement aux hommes, l'animal nous offre une acceptation inconditionnelle, il ne va pas analyser, juger ce qu'il peut entendre.

L'animal est un très bon partenaire d'affectivité, d'estime en soi, d'équilibre, de responsabilité, de dialogue, d'ouverture envers les autres.

Il joue un rôle de médiateur, de catalyseur. Il va provoquer, favoriser, précipiter une réaction chez le patient par son unique présence.

Une synergie triangulaire va progressivement s'installer.

L'animal favorise le contact et aide à reconstruire des liens sociaux.

Une communication va s'établir entre le jeune patient et l'animal. On parle de communication non verbale d'ordre visuelle, olfactive et tactile. L'enfant est

activement impliqué, il va au fil du temps donner une signification et un sens aux regards et mimiques de l'animal. Cette communication a un effet anxiolytique. Elle engendre le rire, la bonne humeur, l'affection, l'attachement. L'animal favorise l'estime de soi et donne un espace privilégié pour l'expression des émotions.

La zoothérapie laisse une grande place au patient, 80% du travail du zoothérapeute est l'écoute. L'analyse du langage non verbal tels que les regards, les réactions physiques et la gestuelle est très importante.

Le choix de l'animal se fait en fonction du patient, de sa personnalité, de son trouble et des objectifs à atteindre.

D'après l'Institut Français de Zoothérapie, les principaux animaux participants sont le chien, le chat, le cheval, le poney, l'âne, la chèvre des Pyrénées ou du Poitou, le lapin nain, le lama, le cochon d'inde, le dauphin.

Le chien est le médiateur préféré de l'enfant.

La thérapie se déroule sous forme d'ateliers personnalisés, accessibles et ludiques, d'environ une demi-heure, plusieurs fois par semaine.

On pourra y voir des exercices de mouvement, d'animation, d'éducation et de soin. Le thérapeute travaille sur le partage et le respect de l'autre.

Les outils peuvent être des jeux, des devinettes, des affiches, des dessins, etc.

Chaque séance se termine par un temps privilégié de caresses avec l'animal et un temps de partage d'émotions avec le thérapeute.

6) PLACE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

(2) (66)

Le pharmacien d'officine est un professionnel de santé pouvant jouer un rôle central dans l'accompagnement du jeune patient et son entourage.

En effet, ce dernier possède de multiples compétences notamment dans l'analyse pharmacologique, la prévention du mauvais usage des médicaments, la surveillance et la gestion des effets indésirables lors de la mise en route d'un traitement pharmacologique. Mais son rôle ne s'arrête pas là.

C'est un interlocuteur privilégié des patients, en qui ils ont la plupart du temps toute confiance. Doué d'empathie et de capacité d'écoute, le pharmacien et son équipe officinale sont souvent sollicités par les patients en difficulté, à la recherche de soutien, de conseils. Il peut être à l'origine de l'orientation du diagnostic et/ou un soutien lorsque le diagnostic est posé.

Il pourra donc orienter et accompagner dans le diagnostic de la dépression mais en aucun cas le pharmacien ne pourra poser à lui seul un diagnostic. De plus, il ne se substituera pas à l'équipe thérapeutique mais sera complémentaire.

Le risque de rupture thérapeutique est d'autant plus important chez les jeunes patients en difficulté mentale, en raison de conflits familiaux, d'isolement social, de difficulté à communiquer avec les thérapeutes et par la sensation de ne pas être

compris par les adultes. Le pharmacien essayera de trouver les bons mots pour soutenir la famille et le jeune face aux réticences et obstacles rencontrés lors du parcours de soin.

La communication entre le pharmacien et le thérapeute pourra parfois s'avérer nécessaire.

Nous pouvons donc établir les rôles clés du pharmacien d'officine dans la prise en charge de la dépression chez l'enfant et l'adolescent :

- Orienter vers un médecin.
Le pharmacien, en discutant avec le patient et/ou sa famille, peut repérer des symptômes dépressifs et alors conseiller aux parents de consulter son médecin généraliste.
Quand le diagnostic est posé, au cours de la prise en charge, une nouvelle consultation médicale pourra rapidement s'avérer primordiale si des signes d'aggravations apparaissent, si des pensées suicidaires surviennent, ou lorsque les doses d'un antidépresseur semblent non adéquates, ou encore si des effets indésirables mettant en péril l'observance sont observés.
- Expliquer
Une fois le diagnostic de dépression posé par le personnel soignant compétent, il se peut que le jeune patient ou ses parents, son entourage soient épris de beaucoup de questions, cette maladie restant peu concrète dans l'esprit de beaucoup de personnes. Le pharmacien explique alors de façon brève et claire la pathologie, les symptômes pouvant survenir, les risques auxquels il faut faire attention etc.
- Rappeler les règles hygiéno-diététiques
- Dispensation des médicaments et suivi de l'observance
Pour de nombreux parents, la prescription d'une molécule signe la prise de conscience que son enfant est réellement malade. Chez certains, il y aura de la réticence, un sentiment de honte, ou encore un deuil de l'enfant idéal. Lors de la dispensation, le pharmacien tente d'anticiper et de repérer ce type de sentiments ou de réticences. Il doit alors accompagner, soutenir, expliquer.
Prévenir que le traitement va mettre un certain temps, en général trois à quatre semaines, avant de se montrer efficace et que même quand le jeune se sentira mieux, il sera important de ne pas arrêter prématurément la prise du traitement.
- Surveillance du traitement et prévention des effets indésirables
- Suivi du patient dans sa globalité
Le pharmacien va notamment s'intéresser à d'éventuels changements de poids, au régime alimentaire, au rapport à la nourriture, aux éventuels

changements d'environnement potentiellement perturbateurs, à la consommation de substances, et au soutien social.

- Conseils à donner au comptoir aux parents vis-à-vis de leurs enfants :
 - Surveiller d'éventuels changements de comportement, d'aggravation de symptômes
 - Rassurer
 - Apporter aide, affection et soutien
 - Accompagner dans les activités si l'enfant a besoin d'une présence rassurante
 - Être disponible pour discuter, être à l'écoute
 - Ne pas en vouloir à son enfant s'il préfère se confier à d'autres personnes

CONCLUSION

(5)

La médecine actuelle reconnaît donc aujourd'hui la souffrance chez l'enfant et l'enjeu de santé publique que cela représente. Ainsi les recherches se multiplient et avancent.

Les mécanismes biologiques et psychologiques mis en jeu au cours de la dépression étant divers et variés, il est difficile d'établir un protocole unique et valable pour tous. Un des objectifs des recherches actuelles est de trouver d'éventuels biomarqueurs (données génétiques, dosages sanguins, imageries cérébrales, etc) qui permettraient une médecine de plus en plus personnalisée.

Outre les médicaments, des voies thérapeutiques encourageantes apparaissent avec notamment de nouvelles techniques sur le cerveau, en complémentarité aux imageries fonctionnelles.

Les psychothérapies restent la base de la prise en charge de la dépression et tendent à être de plus en plus améliorées grâce à la meilleure compréhension que nous avons de la pathologie chez les jeunes sujets.

Le développement des usages informatiques pourrait être une source de motivation des jeunes adeptes des nouvelles technologies à être acteur de leur thérapie et pourrait permettre un meilleur accompagnement des patients lors des psychothérapies (consultations à distance, adaptation des conseils thérapeutiques à la vie quotidienne grâce aux objets connectés, séances avec modules interactifs, etc).

Lors de ces dernières années, la thérapie tend à intégrer des objectifs préventifs. Les principes de la psychologie positive, ayant pour vocation de mieux utiliser nos ressources internes afin d'entretenir notre bien-être, pourraient être incorporés à l'éducation et aux savoirs de bases enseignés aux plus jeunes.

Ainsi, nous espérons diminuer dans les décennies qui arrivent le poids de la dépression, par des mesures à la fois préventives et thérapeutiques plus efficaces.

BIBLIOGRAPHIE

1. Marcotte D. La dépression chez les adolescents : Etat des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention [Internet]. Presses de l'Université du Québec; 2013 [cité 9 avr 2018]. Disponible sur: <http://univ.scholarvox.com.doc-distant.univ-lille2.fr/book/88811834>
2. Holzer L. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent: une approche basée sur les preuves. 2014.
3. St-Hilaire A, Marcotte D. L'influence de la pratique d'un sport restrictif et non restrictif sur la dépression, le développement pubertaire, l'image corporelle et les standards de performance à l'adolescence, Abstract, Zusammenfassung, Riassunto, Resumen. Staps. 1 oct 2005;no 67(1):73-88.
4. WHO | Depression [Internet]. WHO. [cité 26 juill 2018]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/management/depression/en/
5. Pelissolo A. Dépression : s'enfermer ou s'en sortir ? [Internet]. Le muscadier; 2015 [cité 7 août 2018]. Disponible sur: <http://univ.scholarvox.com.doc-distant.univ-lille2.fr/book/88838612>
6. de Becker E, Quintart A-S. Quand et comment prescrire dans la dépression de l'enfant ? *Perspect Psy.* 2017;56(3):248-56.
7. REVAH-LEVY A, FALISSARD B, MORO MR. La psychiatrie de l'enfant. Vol. 55. 2012.
8. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
9. 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.
10. de BECKER E, FRANCOIS A, KINOO P, MALCHAIR A. La question du diagnostic en psychiatrie infanto-juvénile. *Psychiatr Enfant.* 2015;58(2):571 à 594.
11. Lindert J, von Ehrenstein OS, Grashow R, Gal G, Braehler E, Weisskopf MG. Sexual and physical abuse in childhood is associated with depression and anxiety over the life course: systematic review and meta-analysis. *Int J Public Health.* avr 2014;59(2):359-72.
12. Rice F, Harold G, Thapar A. The genetic aetiology of childhood depression: a review. *J Child Psychol Psychiatry.* janv 2002;43(1):65-79.
13. Scourfield J, Rice F, Thapar A, Harold GT, Martin N, McGuffin P. Depressive symptoms in children and adolescents: changing aetiological influences with development. *J Child Psychol Psychiatry.* oct 2003;44(7):968-76.
14. Lubke GH, Hottenga JJ, Walters R, Laurin C, de Geus EJC, Willemsen G, et al. Estimating the genetic variance of major depressive disorder due to all single nucleotide polymorphisms. *Biol Psychiatry.* 15 oct 2012;72(8):707-9.

15. Tritschler L, Gaillard R, Gardier A m., David D j., Guilloux J-P. Revue de la littérature: Conséquences de l'inter-relation des systèmes monoaminergiques dans l'activité antidépressive. *Consequences Monoaminergic Syst Cross-Talk Antidepressant Act Engl*. 1 juin 2018;44:264-73.
16. Pitchot W, Polis M-H, Belachew S, Anseau M. Dépression et neuroplasticité. *Rev Médicale Liège [Internet]*. 2008 [cité 18 août 2018];63. Disponible sur: <https://orbi.uliege.be/handle/2268/68249>
17. Hasler G, van der Veen JW, Tumonis T, Meyers N, Shen J, Drevets WC. Reduced prefrontal glutamate/glutamine and gamma-aminobutyric acid levels in major depression determined using proton magnetic resonance spectroscopy. *Arch Gen Psychiatry*. févr 2007;64(2):193-200.
18. Pehrson AL, Sanchez C. Altered γ -aminobutyric acid neurotransmission in major depressive disorder: a critical review of the supporting evidence and the influence of serotonergic antidepressants. *Drug Des Devel Ther*. 2015;9:603-24.
19. Miller AH, Raison CL. The role of inflammation in depression: from evolutionary imperative to modern treatment target. *Nat Rev Immunol*. janv 2016;16(1):22-34.
20. Slavich GM, Irwin MR. From Stress to Inflammation and Major Depressive Disorder: A Social Signal Transduction Theory of Depression. *Psychol Bull*. mai 2014;140(3):774-815.
21. Meyrel M, Varin L, Detaint B, Mouaffak F. Revue de la littérature: Le microbiote intestinal : un nouvel acteur de la dépression ? *Intest Microbiota New Play Depress Engl*. 1 févr 2018;44:67-74.
22. Phillips C. Brain-Derived Neurotrophic Factor, Depression, and Physical Activity: Making the Neuroplastic Connection [Internet]. *Neural Plasticity*. 2017 [cité 18 août 2018]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/np/2017/7260130/>
23. Lee B-H, Kim Y-K. The roles of BDNF in the pathophysiology of major depression and in antidepressant treatment. *Psychiatry Investig*. déc 2010;7(4):231-5.
24. Bonnot O. États dépressifs à l'adolescence. *EMC - Traité Médecine AKOS*. 2009;7.
25. Michel G, Purper-Ouakil D, Mouren-Simeoni M-C. Clinique et recherche sur les conduites à risques chez l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 1 févr 2006;54(1):62-76.
26. [manifestations_depressives_fiche_de_synthese_reperage-diagnostic_et_strategie.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_fiche_de_synthese_reperage-diagnostic_et_strategie.pdf) [Internet]. [cité 2 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_fiche_de_synthese_reperage-diagnostic_et_strategie.pdf
27. Bădescu S, Tătaru C, Kobylinska L, Georgescu E, Zahiu D, Zăgrean A, et al. The association between Diabetes mellitus and Depression. *J Med Life*. 2016;9(2):120-5.
28. Marmorstein NR, Iacono WG, Legrand L. Obesity and depression in adolescence and beyond: Reciprocal risks. *Int J Obes* 2005. juill 2014;38(7):906-11.
29. Musselman DL, Evans DL, Nemeroff CB. The relationship of depression to cardiovascular disease: epidemiology, biology, and treatment. *Arch Gen Psychiatry*. juill 1998;55(7):580-92.
30. Meng L, Chen D, Yang Y, Zheng Y, Hui R. Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J Hypertens*. mai 2012;30(5):842-51.

31. Figure 1. Stratégie de prise en charge thérapeutique des manifestations... [Internet]. ResearchGate. [cité 2 juin 2020]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/figure/Strategie-de-prise-en-charge-therapeutique-des-manifestations-depressives-a-ladolescence_fig1_269633031
32. Kessler-Bilthauer D, Evrard R, Collectif. Sur le divan des guérisseurs... et des autres: À quels soins se vouer? Archives contemporaines; 2018. 176 p.
33. Rao TSS, Asha MR, Ramesh BN, Rao KSJ. Understanding nutrition, depression and mental illnesses. Indian J Psychiatry. 2008;50(2):77-82.
34. Firk C, Markus CR. Review: Serotonin by stress interaction: a susceptibility factor for the development of depression? J Psychopharmacol Oxf Engl. juill 2007;21(5):538-44.
35. Bourre JM. Dietary omega-3 Fatty acids and psychiatry: mood, behaviour, stress, depression, dementia and aging. J Nutr Health Aging. 2005;9(1):31-8.
36. Sinclair AJ, Begg D, Mathai M, Weisinger RS. Omega 3 fatty acids and the brain: review of studies in depression. Asia Pac J Clin Nutr. 2007;16 Suppl 1:391-7.
37. Briffault X, Caria A, Finkelstein C, Herique A, Nuss P, Terra J-L, et al. La dépression - En savoir plus pour en sortir. INPES. :92.
38. De Matos MG, Calmeiro L, Da Fonseca D. Effet de l'activité physique sur l'anxiété et la dépression. Eff Phys Act Anxiety Depress. 2009;(5):734.
39. Lukács A, Sasvári P, Kiss-Tóth E. Physical activity and physical fitness as protective factors of adolescent health. Int J Adolesc Med Health. 14 août 2018;
40. Heinzl S, Rapp MA, Fydrich T, Ströhle A, Terán C, Kallies G, et al. Neurobiological mechanisms of exercise and psychotherapy in depression: The SPeED study-Rationale, design, and methodological issues. Clin Trials Lond Engl. févr 2018;15(1):53-64.
41. Louise Pelletier, Shamila Shanmugasagaram, Scott B. Patten, Alain Demers. Autogestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété par l'activité physique et l'exercice. Promot Santé Prév Mal Chron Au Can Vol 37 Iss 5 Pp 160-171 2017. 2017;(5):160.
42. Dishman RK. Brain monoamines, exercise, and behavioral stress: Animal models. Med Sci Sports Exerc. 1997;29(1):63-74.
43. Penseyres I, Martin J-L. [Improving understanding of the physiological mechanisms of exercise to better treat depression]. Rev Med Suisse. 2 mai 2018;14(605):950-2.
44. Stranahan AM, Lee K, Mattson MP. Central mechanisms of HPA axis regulation by voluntary exercise. Neuromolecular Med. 2008;10(2):118-27.
45. Legrand F. Utilité de l'exercice physique pour le traitement de la dépression. :13.
46. Janjua I, Goldman RD. Utilisation de la mélatonine pour le sommeil chez les enfants en bonne santé. Can Fam Physician. avr 2016;62(4):e179-81.
47. Royant-Parola S. Insomnie et dépression. Insomnia Depress. 2012;(3):198-201.

48. Pringuey D, Fakra E, Cherikh F, Jover F, Giordana B, Clad C, et al. Endophénotypes des rythmes biologiques et du sommeil dans la dépression. *Endophenotypes Biorhythms Sleep Depress*. 2012;
49. Vanhuffel H, Rey M, Lambert I, Da Fonseca D, Bat-Pitault F. [Contribution of mindfulness meditation in cognitive behavioral therapy for insomnia]. *L'Encephale*. avr 2018;44(2):134-40.
50. Weiss SK. Conseils aux parents: prévention et prise en charge des problèmes de sommeil. *Sommeil*. 2010;55.
51. Inovagora. Thérapie interpersonnelle (TIP) - Thérapies - Education thérapeutique (ETP) - Soins, accompagnements et entraide - Psycom [Internet]. [cité 1 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Soins-accompagnements-et-entraide/Therapies-Education-therapeutique-ETP/Therapie-interpersonnelle-TIP>
52. Dr NEVEUX N. Avec l'IFTIP, découvrez la thérapie interpersonnelle, une nouvelle psychothérapie de la dépression - Approches innovantes - Actualités - Encephale [Internet]. 2016 [cité 1 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.encephale.com/Actualites/Approches-innovantes/Avec-l-IFTIP-decouvrez-la-therapie-interpersonnelle-une-nouvelle-psychotherapie-de-la-depression>
53. Lavigne B, Audebert-Mérilhou E, Buisson G, Kochman F, Clément J p., Olliac B. Revue de la littérature: Thérapie interpersonnelle (TIP) en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. *Interpers Ther IPT Child Psychiatry Adolesc Engl*. 1 déc 2016;42:535-9.
54. Hjalmarsson L, Corcos M, Jeammet P. Traitement biologique et prescription chez l'enfant et l'adolescent souffrant d'un épisode dépressif majeur. 2005;81:8.
55. MONLOUBOU C, FORGEARD L, VILLAND A, PEUCH-LESTRADE J, GANSEL Y. La prescription de psychotropes chez l'enfant: obstacles et motivations. *Psychiatr Enfant*. 2015;58(2):595 à 608.
56. Bailly D, Mouren M-C. Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: Elsevier Masson; 2007.
57. Dépression caractérisée des enfants et adolescents : résultats comparés de 14 antidépresseurs - EurekaSanté par VIDAL [Internet]. EurekaSanté. 2016 [cité 18 févr 2020]. Disponible sur: <https://eukasante.vidal.fr/actualites/19722-depression-caracterisee-des-enfants-et-adolescents-resultats-compares-de-14-antidepresseurs.html>
58. March J, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. Fluoxetine, cognitive-behavioral therapy, and their combination for adolescents with depression: Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS) randomized controlled trial. *JAMA*. 18 août 2004;292(7):807-20.
59. March JS, Silva S, Petrycki S, Curry J, Wells K, Fairbank J, et al. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): long-term effectiveness and safety outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. oct 2007;64(10):1132-43.
60. Résumé des caractéristiques du produit - FLUOXETINE ACCORD 20 mg, gélule - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 5 mai 2020]. Disponible sur: <http://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=63686057&typedoc=R>

61. Valente P. Les effets mnésiques de l'électroconvulsivothérapie : nature, facteurs aggravants, mécanismes supposés, options thérapeutiques, The mnesic effects of ECT (electroconvulsive therapy) : nature, aggravating factors, supposed mechanisms, therapeutic options. *Inf Psychiatr.* 2006;me 82(5):415-20.
62. de Carvalho W. L'Électroconvulsivothérapie (ECT) aujourd'hui. *L'Encéphale.* 1 juin 2009;35:S137-9.
63. Québec (Province), Ministère de la santé et des services sociaux, Direction des communications (1999-). Électroconvulsivothérapie: ce que vous devez savoir sur l'ECT. [Internet]. 2016 [cité 11 sept 2018]. Disponible sur: <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/2699438>
64. Konne C. LA DEPRESSION : PHYSIOPATHOLOGIE, PRISE EN CHARGE, RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE DANS LE SUIVI DU PATIENT DEPRESSIF. 2012.
65. Parker GB, Brotchie H, Graham RK. Vitamin D and depression. *J Affect Disord.* 15 janv 2017;208:56-61.
66. Berthélémy S. L'accompagnement du patient dépressif à l'officine. *Actual Pharm.* 1 nov 2013;52(530):42-5.
67. Perlmutter D, Loberg K. L'intestin au secours du cerveau: [choisissez les aliments qui soignent et protègent votre cerveau. 2016.
68. Dong B, Chen Z, Yin X, Li D, Ma J, Yin P, et al. The Efficacy of Acupuncture for Treating Depression-Related Insomnia Compared with a Control Group: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. *BioMed Research International.* 2017 [cité 16 sept 2018]. Disponible sur: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2017/9614810/abs/>
69. Acupuncture: review and analysis of reports on controlled clinical trials. World Health Organization; 2003.
70. Barry C, Seegers V, Gueguen J, Hassler C, Ali A, Falissard B. Evaluation de l'efficacité et de la sécurité de l'acupuncture. *INSERM.* 2014;212.
71. Définition de l'Hypnothérapie [Internet]. [cité 7 août 2018]. Disponible sur: http://www.cpmdq.com/definition_hypnotherapie.htm
72. Sitbon H. L'hypnose au service du changement et la démarche thérapeutique pour l'enfant. *Perspect Psy.* 1 déc 2005;44(5):365-70.
73. González-Ramírez E, Carrillo-Montoya T, García-Vega ML, Hart CE, Zavala-Norzagaray AA, Ley-Quiñónez CP. Effectiveness of hypnosis therapy and Gestalt therapy as depression treatments. *Clínica Salud.* 1 mars 2017;28(1):33-7.
74. Yapko M. Hypnosis in treating symptoms and risk factors of major depression. *Am J Clin Hypn.* oct 2001;44(2):97-108.
75. Vachette P. Homéopathie en psychopathologie: une thérapeutique intégrative. 2017.
76. Dubois O, Salamon R, Germain C, Poirier M-F, Vaugeois C, Banwarth B, et al. Balneotherapy versus paroxetine in the treatment of generalized anxiety disorder. *Complement Ther Med.* févr 2010;18(1):1-7.

77. Masuda A, Nakazato M, Kihara T, Minagoe S, Tei C. Repeated Thermal Therapy Diminishes Appetite Loss and Subjective Complaints in Mildly Depressed Patients. *Psychosom Med.* 7 janv 2005;67(4):643.
78. Réflexologie plantaire [Internet]. [cité 20 sept 2018]. Disponible sur: <http://reflexo-therapie-rives.e-monsite.com/pages/reflexologie-plantaire.html>
79. Paus R, Theoharides TC, Arck PC. Neuroimmunoendocrine circuitry of the « brain-skin connection ». *Trends Immunol.* janv 2006;27(1):32-9.
80. Arck PC, Slominski A, Theoharides TC, Peters EMJ, Paus R. Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *J Invest Dermatol.* août 2006;126(8):1697-704.
81. Guetemme G. Kinésithérapie et dépression. *Kinésithérapie Rev.* 1 févr 2009;9(85):7-15.
82. Field T, Morrow C, Valdeon C, Larson S, Kuhn C, Schanberg S. Massage Reduces Anxiety in Child and Adolescent Psychiatric Patients. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1 janv 1992;31(1):125-31.
83. Dépression, burn-out : l'art-thérapie apaise les souffrances [Internet]. *leparisien.fr.* 2014 [cité 1 janv 2019]. Disponible sur: <http://www.leparisien.fr/espace-premium/oise-60/depression-burn-out-l-art-therapie-apaise-les-souffrances-17-03-2014-3678847.php>
84. Laroque F, Sudres J-L. Le patient dépressif en art-thérapie : évaluation des bénéfices et recommandations pratiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 juill 2015;173(6):541-6.
85. Wang S, Agius M. The use of Music Therapy in the treatment of Mental Illness and the enhancement of Societal Wellbeing. *Psychiatr Danub.* nov 2018;30(Suppl 7):595-600.
86. Verdeau-Pailles J. La médiation de la musique en psychothérapie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 févr 2003;161(1):97-100.
87. D'Abbadie de Nodrest L, Sudres J-L, Schmitt L, Yrondi A. Jouer son blues quand la dépression résiste... : évaluation de l'efficacité d'un programme de musicothérapie pour des personnes présentant un trouble dépressif et/ou bipolaire résistants. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 mars 2018;176(3):266-72.
88. Balzani C, Naudin J, Vion-Dury J. Phénoménologie expérientielle de l'écoute musicale en psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 1 sept 2014;172(7):524-9.
89. Beiger F. L'enfant et la médiation animale : une nouvelle approche par la zoothérapie. Paris : Dunod, DL 2016, cop. 2016 (53-Mayenne : Imprimerie Jouve); 2016. (Enfances. Psychologie et pédagogie).
90. Sarica J. Zoothérapie. Le pouvoir thérapeutique des animaux. Arthaud; 2017. 249 p.
91. Casarotto S. Equithérapie en pédopsychiatrie. [Nancy]: Lorraine; 2013.

ANNEXES

Annexe 1 : ADRS patient (version définitive)

Voici les phrases recueillies auprès d'adolescents, lisez chacune d'entre elles, et cochez « vrai » si elle correspond à ce que vous vivez, ou « faux » si elle ne correspond pas. (Pendant les deux dernières semaines).

1	Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
2	J'ai du mal à réfléchir	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
3	Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
4	Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui m'amuse	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
5	Ce que je fais ne sert à rien	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
6	Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
7	Je ne supporte pas grand-chose	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
8	Je me sens découragé	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
9	Je dors très mal	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>
10	A l'école, au boulot, je n'y arrive pas	Vrai <input type="checkbox"/>	Faux <input type="checkbox"/>

Annexe 2 : ADRS clinicien (évaluation sur les deux dernières semaines)

1. Irritabilité	
• Absence d'irritabilité, ressentie par le sujet ou perçue par l'observateur	0
• Irritabilité perceptible ou ressentie dans la relation, le patient peut néanmoins se contenir	2
• Irritabilité importante dans la relation, source de conflits, de difficultés relationnelles rapportées	4
• Irritabilité intense, envahissante, rendant les relations et échanges quasi impossibles	6
2. Envahissement par le vécu dépressif	
• Pas d'élément dépressif (cafard, désespoir, tristesse)	0
• Vécu dépressif encore contenu	2
• Sensation d'être débordé par le vécu dépressif	4
• Sensation intense d'un débordement par une souffrance dépressive impossible à contenir	6
3. Perceptions négatives de soi	
• Absence de perceptions négatives de soi	0
• Tendance à la dévalorisation de soi et de ses réalisations	2
• Dévalorisation de soi et de ses réalisations	4
• Perception de soi totalement dévalorisée, disqualifiée, ou avec désespoir envahissant	6
4. Idées de mort	
• Absence de préoccupation concernant la mort ou le suicide	0
• Préoccupations occasionnelles à propos de la mort ou du suicide	2
• Préoccupations récurrentes à propos de la mort ou du suicide	4
• Idées de mort ou de suicide envahissantes	6

5. Ralentissement psychique	
• Aucun signe de ralentissement psychique, fluidité de la pensée et du discours	0
• Difficulté occasionnelle à rassembler ses idées, inertie de la pensée qui gêne la concentration	2
• Difficulté récurrente pour se concentrer, retentissement manifeste sur le quotidien ou le scolaire	4
• Inertie massive de la pensée pouvant se traduire par une concentration impossible ou par un entretien difficile	6
6. Sommeil	
• Aucun trouble du sommeil, ni en durée ni en qualité	0
• Troubles du sommeil occasionnels mais inhabituels (insomnie, hypersomnie, cauchemars)	2
• Troubles du sommeil importants, persistants	4
• Troubles majeurs du sommeil, insomnie envahissante	6
7. Investissement de la scolarité, du travail, ou de la recherche d'emploi	
• Motivation maintenue pour la scolarité ou des activités professionnelles	0
• Perte de motivation pour les activités scolaires avec maintien de ces activités	2
• Perte de motivation marquée avec désinvestissement des activités scolaires ou professionnelles	4
• Perte totale de motivation avec désinvestissement majeur des activités scolaires ou professionnelles	6
8. Investissement des activités non scolaires (ANS)	
• Intérêt et plaisirs préservés avec bon investissement des ANS habituelles	0
• Diminution du plaisir et de l'intérêt pour les ANS habituelles. Rétrécissement du champ des activités mais maintien des activités	2
• Perte de plaisir et de l'intérêt avec rétrécissement marqué des activités	4
• Absence d'intérêt et de plaisir pour les ANS, arrêt total des ANS habituelles	6
9. Retrait relationnel	
• Pas de retrait relationnel	0
• Retrait inhabituel	2
• Retrait relationnel jusqu'à l'isolement	4
10. Perceptions empathiques du clinicien	
• Entretien perçu dans une ambiance tranquille	0
• Perception d'une tristesse diffuse en entretien	2
• Sensation de débordement émotionnel, et/ou d'une tristesse incoercible	4
• Perception d'une détresse intense silencieuse	6

TOTAL SCORE __

QUELQUES CONTACTS DANS LE NORD

<p>Maison des Ados Lille / Roubaix</p> <p>03 20 06 26 26</p>	<p style="text-align: center;">Accueil et écoute.</p> <p>Evaluent, informent, orientent et accompagnent les adolescents.</p>
<p>Centres Médico-Psycho- Pédagogiques (CMPP)</p> <p>Lille, Arras, Dunkerque...</p>	<p>Consultations, diagnostics, soins ambulatoires pour les enfants de 0 à 20 ans.</p>
<p>CMP de pédopsychiatrie Nouveau siècle</p> <p>03 20 21 94 58</p>	<p>Accueil et soin des bébés, enfants et adolescents jusque 16 ans.</p> <p>Soutien aux parents et à la famille.</p>
<p>Centre Anti-Poison et de Toxicovigilance de Lille</p> <p>0800 59 59 59</p>	<p>En cas de suspicion d'intoxication.</p>
<p>Fil santé jeune Ligne téléphonique anonyme</p> <p>32 24 01 44 93 30 74</p>	<p>Ecoute, information et orientation des jeunes concernant la santé psychologique.</p>

Université de Lille
FACULTE DE PHARMACIE DE LILLE
DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE
Année Universitaire 2019/2020

Nom : LADAM
Prénom : Anaïs

Titre de la thèse : Prise en charge de la dépression chez l'enfant et l'adolescent.

Mots-clés : Dépression – Enfants – Adolescents – Hypothèses – Diagnostic – Risques – Psychothérapies – Antidépresseur - Thérapies complémentaires.

Résumé :

La dépression constitue un problème de santé majeur où les enfants et adolescents ne sont pas épargnés. Sa fréquence et ses risques de complications ainsi que les risques de continuité avec d'autres troubles psychiatriques doivent inciter à une prise de conscience, un diagnostic et à une prise en charge le plus précocement possible.

La prise en charge devra être adaptée à l'âge, à la personnalité et à la problématique du jeune patient. Une psychothérapie devra être mise en place. Elle s'accompagnera si nécessaire d'un traitement médicamenteux, avec hospitalisation dans les cas les plus complexes.

Des prises en charge complémentaires peuvent appuyer la psychothérapie, sans la remplacer. Un suivi du patient devra être assuré tout au long du processus thérapeutique ainsi qu'à plus long terme afin d'éviter la rechute.

Le pharmacien d'officine, interlocuteur privilégié, accompagnera le patient et son entourage. Rassurer, expliquer, rappeler les règles hygiéno-diététiques, analyser, suivre le patient, surveiller l'observance et les effets indésirables des traitements, conseiller l'entourage seront ses principaux rôles.

Membres du jury :

Président et directeur, conseiller de thèse : M. DINE Thierry, praticien hospitalier et professeur de pharmacie clinique, faculté de pharmacie Lille

Assesseur : Mme STANDAERT Annie, maître de conférence de parasitologie, faculté de pharmacie Lille

Pharmacien extérieur : M. FOIRET Jean-Michel, docteur en pharmacie à Mons-en-Barœul