
15

Troubles de l'humeur

L'existence de troubles dépressifs (trouble dépressif majeur et trouble dysthymique) chez l'enfant et l'adolescent est actuellement bien établie. Le trouble bipolaire peut également débiter chez le sujet jeune. Le retentissement de ces troubles de l'humeur en termes d'adaptation psychosociale et sur le développement de la personnalité a longtemps été sous-estimé, mais fait actuellement l'objet d'un nombre croissant d'études. En effet, dans une étude de référence, Kovacs et coll. (1984) montrent que si les états dépressifs majeurs (EDM) du sujet jeune évoluent favorablement à moyen terme (98 % de rémission à 18 mois), ils sont tout de même durables (32 semaines en moyenne) et leur évolution à long terme est péjorative avec 75 % de rechutes à cinq ans. Le devenir des troubles dysthymiques est marqué par la survenue d'EDM dans 75 % des cas à cinq ans (Kovacs, 1994). Chez un jeune déprimé, le risque d'évolution vers un trouble bipolaire est estimé à 25 % (Strober et coll., 1993). La continuité des troubles dépressifs est également montrée à l'âge adulte ; le risque relatif de survenue d'un trouble dépressif à l'âge adulte est de 3,86 pour les enfants prépubères déprimés et dans leur devenir, les difficultés conjugales et relationnelles sont significativement plus fréquentes que chez les témoins (Garber et coll., 1988).

Ces données soulignent l'importance de la reconnaissance et du traitement des troubles de l'humeur du sujet jeune, affections potentiellement sévères, récidivantes et susceptibles de compromettre l'adaptation psychosociale de l'individu.

Diagnostic et particularités développementales des troubles de l'humeur

Quel que soit leur âge de survenue, les troubles de l'humeur se caractérisent par une importante hétérogénéité clinique qui est probablement le reflet de la diversité des mécanismes étiologiques en cause. Les classifications diagnostiques comprennent différentes catégories de troubles dépressifs. Nous ferons essentiellement référence par la suite au trouble dépressif majeur, au trouble dysthymique et au trouble bipolaire du DSM-IV et à leurs équivalents de la CIM-10 (épisode dépressif, dysthymie, trouble affectif bipolaire) qui sont les

catégories diagnostiques les plus régulièrement employées dans la littérature internationale. Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive, encore peu exploré chez le sujet jeune et d'une validité incertaine dans cette population, ne sera pas traité dans le cadre de l'expertise.

Classifications diagnostiques et catégories de troubles de l'humeur

Les systèmes diagnostiques actuellement les plus utilisés sont la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSM-IV, APA, 1994) et la dixième édition de la Classification internationale des maladies, troubles mentaux et troubles du comportement, éditée par l'OMS (CIM-10, WHO, 1992). Dans ces classifications, les critères des troubles de l'humeur sont similaires quel que soit l'âge du sujet.

Le DSM-IV est une classification multiaxiale comprenant cinq axes :

- axe I : troubles cliniques
- axe II : troubles de la personnalité, retard mental
- axe III : affections médicales générales
- axe IV : facteurs de stress psychosociaux
- axe V : niveau de fonctionnement le plus élevé dans l'année écoulée

Le DSM-IV (APA, 1994) comprend une partie décrivant les épisodes thymiques (c'est-à-dire l'épisode dépressif majeur, l'épisode maniaque, l'épisode hypomaniaque et l'épisode mixte), une seconde partie détaillant les troubles de l'humeur (trouble dépressif majeur, trouble dysthymique, trouble bipolaire...) et une troisième partie comprenant les spécifications de la sémiologie ou de l'évolution (épisode dépressif avec caractéristiques psychotiques...). Les troubles de l'adaptation, dont certains comportent une symptomatologie dépressive, figurent dans un chapitre distinct.

Dans la CIM-10 (OMS, 1992), les troubles de l'humeur sont distingués de façon similaire sur la base de leur sévérité. Les troubles de l'adaptation figurent dans une section à part (F40-48 : troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress ou somatoformes). Contrairement au DSM-IV qui encourage à diagnostiquer de façon indépendante les troubles mentaux, d'après le concept de « comorbidité », la CIM-10 adopte une conception plus dimensionnelle où certains symptômes sont considérés comme résultant d'un processus commun. En plus de l'épisode dépressif, deux catégories originales sont ainsi identifiées : le trouble anxieux et dépressif mixte et le trouble des conduites avec dépression.

Comme les critères des classifications internationales des troubles de l'humeur n'ont pas fait l'objet d'études de fiabilité et de validité spécifiques pour les enfants et les adolescents, leur validité repose sur plusieurs arguments indirects (Dumas, 1999) :

- la description adéquate des comportements des enfants et des adolescents ayant des perturbations significatives de l'humeur par les classifications diagnostiques ;
- les enfants répondant aux critères diagnostiques sont aussi repérés par d'autres méthodes d'évaluation ;
- l'existence d'un trouble de l'humeur pendant l'enfance ou l'adolescence augmente significativement la probabilité d'un trouble dépressif à l'âge adulte.

Les classifications diagnostiques internationales ne rendent pas compte d'une perspective clinique dynamique et développementale des troubles de l'humeur qui conceptualise la survenue d'un épisode dépressif comme la résultante des interactions entre une vulnérabilité biologique et différents facteurs de risque et de protection. Cependant, si les considérations développementales ont leur importance dans l'évaluation de la symptomatologie dépressive, du retentissement de celle-ci sur le fonctionnement du sujet et pour la mise en place du projet de soins, elles n'ont pas abouti pour le moment à l'opérationnalisation de critères diagnostiques alternatifs suffisamment valides et fiables (Dugas, 1997).

Dans une perspective plus dimensionnelle, un « facteur dépression » spécifique peut-il être mis en évidence dans les symptômes psychopathologiques se manifestant au cours du développement ? Deux facteurs sont régulièrement identifiés au travers de l'analyse factorielle d'échelles du comportement : un facteur « externalisé » regroupe les manifestations comportementales et un facteur « internalisé », les difficultés affectives, anxio-dépressives. Certains auteurs proposent, ainsi, de regrouper les manifestations anxieuses et dépressives de l'enfant sous le terme d'affectivité négative ou de « syndrome anxio-dépressif élargi » (Achenbach et coll., 1989). Cependant, un facteur « dépressif » spécifique est identifié au sein d'échantillons cliniques et plus âgés (Weiss et Nurcombe, 1992) : il semble que les phénomènes dépressifs aient tendance à se préciser avec l'âge, mais également avec la sévérité croissante de la symptomatologie.

Trouble dépressif majeur

La prévalence des troubles dépressifs augmente à l'adolescence en même temps qu'apparaît une prédominance féminine des troubles. Au-delà de la symptomatologie dépressive elle-même, nous aborderons dans ce chapitre, ses variations développementales et l'importance des facteurs de comorbidité pour un diagnostic précoce.

Description clinique

Le concept de trouble dépressif majeur (le terme « majeur » signifiant ici « caractérisé »), ne se résume pas à l'expérience d'une humeur dysphorique. C'est son association à d'autres symptômes tels qu'un ralentissement psychomoteur, des troubles de la concentration, une insomnie qui constitue un

syndrome dépressif. Lorsque celui-ci marque une rupture avec l'état antérieur, dure plus de deux semaines et interfère avec le fonctionnement de l'individu, il est nommé trouble dépressif majeur (le terme de trouble est employé par opposition au terme de maladie, réservé aux troubles d'étiologie connue). Le trouble dépressif majeur est une catégorie diagnostique hétérogène qui regroupe des états dépressifs variables en intensité (léger, moyen, sévère), dans leur évolution (épisode isolé ou épisodes récurrents) ainsi que dans leur expression symptomatique (présence ou non de caractéristiques psychotiques, par exemple). Dans le DSM-IV, le «trouble dépressif majeur, épisode isolé» est défini par la présence d'un seul épisode dépressif majeur, et le «trouble dépressif majeur, épisode récurrent» est caractérisé par la survenue d'au moins deux épisodes dépressifs majeurs (critère A). Dans tous les cas, les épisodes dépressifs majeurs ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif et ne sont pas surajoutés à une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble psychotique non spécifié (critère B). Enfin, le sujet n'a jamais eu d'épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte (critère C).

Dans les critères de l'épisode dépressif majeur du DSM-IV, deux adaptations sont mentionnées pour l'enfant et l'adolescent : l'humeur dépressive peut être remplacée par une irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent et il peut y avoir une absence d'augmentation de poids attendue chez les enfants au lieu d'une perte de poids (DSM-IV, APA, 1994) (tableaux 15.I et 15.II).

Aspects développementaux

Ryan et coll. (1987) ont réalisé une analyse factorielle à partir d'instruments d'évaluation de la dépression dans différentes tranches d'âge. Deux facteurs montrent une stabilité au cours du développement : le facteur « endogène » et le facteur « cognitions négatives ». Certains symptômes, comme l'asthénie, les troubles de la concentration et du sommeil apparaissent indépendants de facteurs développementaux. D'autres, tels que le pessimisme, la culpabilité et l'anhédonie augmentent avec l'âge, tandis que les plaintes somatiques, les hallucinations et l'apparence déprimée sont plus fréquents chez le sujet jeune. L'EDM de l'enfant se caractérise ainsi par la présence de symptômes nucléaires, (humeur dépressive ou irritabilité, idées suicidaires, ralentissement psychomoteur...) auxquels s'associent des manifestations comportementales qui évoluent avec l'âge vers une expression psychopathologique plus « mentalisée » (Ryan et coll., 1987). Une étude réalisée avec les critères du DSM-III-R (APA, 1987) a montré que, si ces critères sont bien identifiés chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte, leur fréquence relative varie avec l'âge (Roberts et coll., 1995). Les données concernant la phénoménologie des symptômes dépressifs en fonction de l'âge sont relativement concordantes. Carlsion et Kashani (1988) ont analysé la fréquence des symptômes dépressifs dans quatre groupes d'âge croissant (tableau 15.III).

Tableau 15.I : Critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur du DSM-IV (APA, 1994)

- Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.
- NB : ne pas inclure les symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.
- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres. NB : éventuellement irritabilité chez les enfants et les adolescents ;
 - Diminution marquée d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) ;
 - Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. NB : chez l'enfant prendre en compte l'absence d'augmentation de poids attendue ;
 - Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours ;
 - Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur) ;
 - Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours ;
 - Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade) ;
 - Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) ;
 - Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes, sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
 - Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte ;
 - Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants ;
 - Les symptômes ne sont pas directement dus à l'effet physiologique d'une substance (par exemple : une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou à un état pathologique somatique (par exemple : hypothyroïdie) ;
 - La perturbation ne constitue pas la réaction normale à un deuil, c'est-à-dire après la perte d'un être cher, les symptômes persistent durant plus de deux mois ou sont caractérisés par un handicap fonctionnel marqué, des préoccupations morbides avec sentiment d'indignité, idées suicidaires, symptômes psychotiques ou ralentissement psychomoteur.

Peu d'informations existent chez l'enfant d'âge préscolaire. Avant 6 ans, l'insomnie et la perte de poids sont fréquentes tout comme l'apathie, l'agitation et le retrait social. À l'inverse, l'augmentation du poids et l'hypersomnie seraient rares à cet âge (Angold, 1988).

Mitchell et coll. (1988) ont également analysé la fréquence des principales manifestations dépressives dans des populations d'enfants, d'adolescents et d'adultes ayant un épisode dépressif majeur. Les adolescents se distinguent des enfants prépubères par une hypersomnie plus fréquente. Enfants et adolescents se distinguent des adultes par la fréquence de la faible estime de soi, des plaintes somatiques, par la présence de tentatives de suicide et la présence d'hallucinations. La diminution de l'appétit est plus souvent retrouvée chez l'adulte (tableau 15.IV).

Si ces études ne remettent pas en cause une similitude des symptômes dépressifs au cours des étapes du développement, il est possible que les critères des classifications internationales ne permettent d'identifier que les dépressions les plus sévères chez l'enfant et l'adolescent. Certains symptômes tels que les

Tableau 15.II : Critères diagnostiques pour la recherche de l'épisode dépressif de la CIM-10 (WHO, 1992)

A. Répond aux critères généraux d'un épisode dépressif (F32) :

- G1 L'épisode dépressif doit persister au moins deux semaines ;
- G2 Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30-) à un moment quelconque de la vie du sujet ;
- G3 Critères d'exclusion les plus couramment utilisés. L'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-F19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F09.

B. Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

- 1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins deux semaines ;
- 2) Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour les activités habituellement agréables ;
- 3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence de plusieurs des symptômes suivants pour atteindre un total d'au moins 4 symptômes :

- 1) Perte de la confiance en soi ;
- 2) Sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive ou inappropriée ;
- 3) Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportements suicidaires de n'importe quel type ;
- 4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par un indécision ou des hésitations ;
- 5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalée ou observée) ;
- 6) Perturbation du sommeil de n'importe quel type ;
- 7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Syndrome somatique

Un cinquième caractère du code peut être utilisé pour spécifier la présence ou l'absence d'un syndrome somatique. Le diagnostic de syndrome somatique repose sur la présence d'au moins 4 des symptômes suivants :

- 8) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour les activités habituellement agréables ;
- 9) Manque de réactivité émotionnelle à des événements ou des activités déclenchant normalement une réaction ;
- 10) Réveil matinal précoce (au moins 2 heures avant l'heure habituelle du réveil) ;
- 11) Dépression plus marquée le matin ;
- 12) Éléments objectifs en faveur d'un ralentissement psychomoteur marqué ou d'une agitation psychomotrice marquée (remarqués ou signalés par d'autres personnes) ;
- 13) Perte de poids (au moins 5 % du poids corporel au cours du dernier mois) ;
- 14) Diminution marquée de la libido.

Sous-catégories de l'épisode dépressif

F32.0 Episode dépressif léger : au moins 4 symptômes sur 10 (parmi lesquels au moins 2 symptômes du critère B)

F32.1 Episode dépressif moyen : au moins 6 symptômes sur 10 du critère B (parmi lesquels au moins 2 symptômes du critère B)

F32.2 Episode dépressif sévère : au moins 8 symptômes sur 10 du critère B (parmi lesquels tous les symptômes du critère B)

Le cinquième caractère du code permet de spécifier l'absence ou la présence d'un « syndrome somatique »

F32.00 : sans syndrome somatique

F32.01 : avec syndrome somatique

plaintes somatiques et le retrait social, particulièrement fréquentes dans cette catégorie d'âge ne sont pas mentionnés dans les classifications par exemple (Bailly, 1996).

670 Deux sous-types d'EDM sont spécifiés dans le DSM-IV : l'épisode dépressif majeur à caractéristiques psychotiques et le trouble dépressif à caractère

Tableau 15.III : Modifications développementales du trouble dépressif majeur (d'après Carlson et Kashani, 1988)

Symptômes sans relation avec l'âge

Humeur déprimée
Ralentissement psychomoteur
Faible concentration
Insomnie
Irritabilité
Idées suicidaires

Symptômes plus marqués chez l'enfant

Apparence déprimée
Agitation psychomotrice alternant avec ralentissement
Plaintes somatiques
Faible estime de soi
Hallucinations auditives

Symptômes plus marqués chez l'adolescent

Anhédonie
Sentiment d'impuissance et de perte d'espoir
Hypersomnie
Variations pondérales
Idées délirantes définies
Aggravation matinale des symptômes

Symptômes plus marqués chez l'enfant préscolaire et l'adulte

Asthénie
Anorexie
Agitation

saisonnier. L'expression clinique des symptômes psychotiques (hallucinations et idées délirantes congruentes ou non congruentes à l'humeur) est proche de celle de l'adulte avec toutefois une fréquence particulière des hallucinations acoustico-verbales chez l'enfant (Mitchell et coll., 1988), qui seraient pour certains, associées à un risque suicidaire accru (Livingston et Bacha, 1992). Le trouble dépressif à caractère saisonnier est défini par la récurrence d'épisodes dépressifs à la même période de l'année. Chez l'enfant, ces caractéristiques cliniques ont été peu étudiées : Rosenthal et coll. (1984) notent cependant la fréquence particulière d'une humeur irritable, d'un retrait social et d'une insomnie plus fréquente que l'hypersomnie classique chez l'adulte. Klein (1997) a insisté sur la fréquence des dépressions atypiques à l'adolescence, caractérisées par une réactivité thymique importante associée à au moins un symptôme tel que sentiment de rejet, hypersomnie ou hyperphagie.

Comorbidité

La comorbidité psychiatrique fait référence à la présence de deux ou plusieurs troubles chez un même sujet ; elle est évaluée au moyen d'un entretien clinique standardisé et selon un cadre chronologique défini (comorbidité ponctuelle, sur la vie entière, sur une période de six ou douze mois...). Pour faire la preuve d'une comorbidité, il faut que la coexistence des troubles puisse

Tableau 15.IV : Fréquence des items dépressifs en fonction de l'âge (d'après Mitchell et coll., 1988)

	Fréquence (%)		
	Enfants (n = 45)	Adolescents (n = 50)	Adultes (n = 100)
Humeur dépressive	95	92	100
Faible estime de soi	93	94	38 (p < 0,05)
Anhédonie	89	92	77
Insomnie	82	64	77
Troubles de la concentration	80	82	84
Retrait social	78	73	–
Plaintes somatiques	77	78	25 (p < 0,05)
Soucis excessifs	76	86	69
Idées suicidaires	67	68	63
Asthénie	62	92	97
Perte d'espoir	60	68	63
Ralentissement	56	48	60
Diminution d'appétit	56	48	80 (p < 0,05)
Agitation	51	70	67
Culpabilité	44	56	32
Tentatives de suicide	39	39	15 (p < 0,05)
Hallucinations	31	22	9 (p < 0,05)
Hypersomnie	24	60 (p < 0,05)	–
Augmentation de l'appétit	22	34	–
Perte de poids	18	32	61 (p < 0,05)
Aggravation matinale	15	20	46 (p < 0,05)
Délire	13	6	27 (p < 0,05)
Gain de poids	9	14	8

être montrée dans des échantillons de la population générale à un taux supérieur à celui du hasard.

En population générale et clinique, les taux de prévalence de la comorbidité psychiatrique des troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent sont élevés. Chez l'enfant, les troubles les plus souvent associés au trouble dépressif majeur sont les troubles anxieux (entre 40 % et 70 %) et les troubles du comportement perturbateur (environ 80 %). Chez l'adolescent, les troubles anxieux et les troubles du comportement perturbateur sont également les plus fréquents dans une proportion moindre (environ 30 %-40 % pour chacun) alors que l'abus de substances est retrouvé dans 25 % des cas (tableau 15.V).

En population clinique, 20 % à 50 % des enfants et adolescents déprimés majeurs ont un trouble anxieux comorbide. Les plus fréquents sont l'angoisse de séparation et le trouble hyperanxiété (Kovacs, 1996). Certains troubles

Tableau 15.V : Comorbidité des troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent en population générale (d'après Vantalon et coll., 1999)

Références	Âge (années)	Fréquence de comorbidité (%)		
		Troubles anxieux	Troubles du comportement perturbateur	Tous troubles mentaux
Anderson et coll., 1987	11	70	79	79
McGee et coll., 1990	15	31*	33*	62*
Bird et coll., 1988	4-16	32	52**	76
Cohen et coll., 1993	9-18	44	68	96***
Lewinsohn et coll., 1993	14-18	21*	12*	42*

* sur la vie entière ; ** trouble hyperactivité avec déficit de l'attention exclu ; *** troubles de la personnalité inclus

anxieux comme l'angoisse de séparation, le trouble panique et les phobies ont été identifiés comme facteurs de risque pour les troubles dépressifs chez le sujet jeune. Le trouble anxieux précède l'EDM dans deux tiers des cas et persiste dans un cas sur deux après la rémission de l'épisode thymique (Ferro et coll., 1994).

Les dépressions à début précoce sont caractérisées par la fréquence, à l'âge adulte, des troubles de la personnalité (TP) associés. Cette relation entre l'âge de début des EDM et les TP concerne surtout les troubles du *cluster* B (personnalité antisociale, *borderline*, histrionique, narcissique), elle est modérée pour le *cluster* C et absente pour le *cluster* A (Fava et coll., 1996). La précocité des manifestations dépressives est également impliquée dans une fréquence accrue des problèmes interpersonnels, émotionnels et comportementaux à l'âge adulte (Giaconia et coll., 1994). Les relations entre troubles de la personnalité et EDM ont donné lieu à différentes hypothèses qui restent à explorer :

- la comorbidité dépression/trouble de la personnalité pourrait constituer un sous-type de trouble de l'humeur ;
- certains troubles de la personnalité pourraient être des facteurs de risque pour un trouble dépressif ;
- certains remaniements de la personnalité pourraient être la conséquence d'un trouble de l'humeur chronique ;
- le rôle des événements de vie dans la survenue d'une comorbidité dépression/trouble de la personnalité est à préciser.

Suicide et tentatives de suicide

Chez les enfants et adolescents déprimés, les idées suicidaires sont présentes dans 60 % des cas et les tentatives de suicide dans 39 % des cas. L'intensité de l'idéation suicidaire est corrélée à la sévérité de l'épisode dépressif. En revanche, la présence de tentatives de suicide n'est pas en relation avec cette variable (Mitchell et coll., 1988).

Les autopsies psychologiques de jeunes suicidés mettent en évidence des taux élevés de troubles psychiatriques, surtout de troubles dépressifs (dans 49 % à 61 % des cas) (Brent et coll., 1993). Les enfants et adolescents qui font des tentatives de suicide ont une fréquence élevée de troubles dépressifs, mais aussi de troubles du comportement perturbateur et d'abus ou de dépendance à des substances psychoactives. Par ailleurs, un antécédent de tentative de suicide est prédictif de la survenue d'un épisode dépressif dans l'année (Andrews et Lewinsohn, 1992).

Le diagnostic précoce des troubles de l'humeur chez l'enfant et l'adolescent peut ainsi se faire par le biais de la comorbidité ou à l'occasion d'une tentative de suicide. Les troubles comorbides ont souvent une expression clinique plus « bruyante » et peuvent, de ce fait, favoriser l'accès au soins. Une symptomatologie dépressive doit être recherchée par le clinicien en cas de troubles du comportement perturbateur, d'abus de substances, de troubles anxieux et, bien sûr, devant toute tentative de suicide ou idéation suicidaire exprimée. De même, le risque suicidaire doit être apprécié chez chaque enfant et adolescent déprimé.

Dysthymie

La dysthymie (ou trouble dysthymique) est un trouble chronique de l'humeur caractérisé par une dysphorie ou une irritabilité présente la plupart du temps. Dans le DSM-IV, la durée minimum d'évolution requise chez l'enfant et l'adolescent est de un an (tableau 15.VI), alors qu'elle est de deux ans chez l'adulte et dans la CIM-10.

En population clinique, la dysthymie du sujet jeune se distingue du trouble dépressif majeur par certaines caractéristiques :

- un âge de début plus précoce dans la dysthymie (8,7 ans *versus* 10,9 ans pour l'EDM dans l'étude de Kovacs et coll., 1994) ;
- la prédominance de certains symptômes : le sentiment d'être mal aimé, l'irritabilité, les colères et l'hyperphagie seraient plus marqués dans la dysthymie, contrairement à d'autres manifestations comme l'anhédonie, l'isolement social, les troubles de la concentration, les symptômes somatiques, les préoccupations morbides ou la culpabilité prédominant dans l'EDM ;
- le retentissement psychosocial est plus sévère dans la dysthymie (Ferro et coll., 1994).

Les études familiales soulignent la parenté entre dysthymie et EDM : Klein et coll. (1988) notent la fréquence des troubles dysthymiques à début précoce (avant 20 ans) chez les enfants de parents déprimés unipolaires. Comparés aux formes à début tardif, les dysthymies survenant avant 20 ans sont caractérisées par une évolution plus chronique, une comorbidité plus élevée (EDM et troubles anxieux) et un nombre plus élevé d'antécédents de troubles de l'humeur chez les apparentés de premier degré. Ces données confirment le

Tableau 15.VI : Critères diagnostiques du trouble dysthymique du DSM-IV (APA, 1994)

- Humeur dépressive (pouvant se traduire par une humeur irritable chez les enfants et les adolescents) présente pratiquement toute la journée, la majeure partie du temps, signalée par le sujet ou observée par les autres, pendant au moins deux ans (un an pour les enfants et les adolescents).
 - Quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des critères suivants :
 - perte d'appétit ou hyperphagie ;
 - insomnie ou hypersomnie ;
 - baisse d'énergie ou fatigue ;
 - faible estime de soi ;
 - difficultés de concentration ou difficultés à prendre des décisions ;
 - sentiment de perte d'espoir.
 - Au cours d'une période de deux ans (un an pour les enfants et les adolescents), les critères de A et B n'ont jamais été absents pendant plus de deux mois consécutifs.
 - Absence de signes en faveur d'un épisode dépressif majeur manifeste au cours des deux premières années (de la première année pour les enfants et les adolescents).
 - N'a jamais présenté d'épisode maniaque, d'épisode hypomaniaque, d'épisode mixte franc.
 - Non surajouté à un trouble psychotique chronique tel qu'une schizophrénie ou un trouble délirant.
 - Les symptômes ne sont pas directement dus à l'effet physiologique d'une substance (une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou à un état pathologique somatique (hypothyroïdie par exemple).
 - Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- NB : Quand il y a un épisode dépressif majeur (EDM) antérieur, celui-ci doit avoir été en rémission complète (absence de signes et de symptômes significatifs depuis deux mois) avant le développement de la dysthymie. Par ailleurs, après les deux ans de dysthymie (un an pour les enfants et les adolescents), des EDM peuvent se surajouter : dans ce cas, les deux diagnostics sont portés.

caractère non bénin de la dysthymie, en termes d'évolution et de retentissement psychosocial.

Dans un échantillon de la population générale, Goodman et coll. (2000) ne discriminent pas la dysthymie du trouble dépressif majeur sur la base de paramètres sociodémographiques, cliniques, familiaux ou en termes d'événements de vie. Ces données confirment celles de deux autres études en population générale comparant le trouble dysthymique et la dépression majeure et qui ne mettent en évidence que des différences dans l'âge de début et la durée d'évolution des deux troubles (Garrison et coll., 1992 ; Lewinsohn et coll., 1991). De plus, le profil de la comorbidité et la fréquence de la cooccurrence des deux troubles indiquent également que la dysthymie et la dépression majeure sont des catégories diagnostiques apparentées. Dans l'étude de Kovacs et coll. (1984), 38 % des enfants et adolescents déprimés majeurs répondaient également aux critères de trouble dysthymique. Les données actuelles ne permettent donc pas de déterminer avec certitude si la dysthymie et l'épisode dépressif majeur sont ou non des formes cliniques différentes de la même pathologie.

Le trouble dysthymique a également été identifié dans une population clinique d'enfants préscolaires (2-6 ans) (Kashani et coll., 1997), mais d'autres études sont nécessaires pour préciser la phénoménologie de ce trouble au cours du développement.

Dans le trouble dysthymique, la comorbidité avec les troubles anxieux est évaluée à 36 % (Kovacs, 1997). Contrairement à ce qui est retrouvé avec l'EDM, les troubles anxieux surviennent dans trois quarts des cas après la dysthymie et persistent dans un quart des cas.

La « double dépression » qui fait référence à la cooccurrence d'un EDM et d'une dysthymie est retrouvée chez environ 20 % des déprimés majeurs et est associée à un retentissement fonctionnel plus marqué et à un risque accru de dépression récurrente (Ferro et coll., 1994). Dans une étude récente en population générale, Goodman et coll. (2000) confirment l'impact sévère de la double dépression sur l'adaptation psychosociale.

Le trouble dysthymique peut se compliquer d'un EDM (soit dans le cadre d'une « double dépression », soit après la rémission du trouble dysthymique). Dans les cinq ans, les enfants dysthymiques ont 75 % de risque d'avoir un EDM. L'évolution vers un trouble bipolaire est également observée dans 13 % des cas (Kovacs et coll., 1994).

Ces données confirment la non-bénignité de la dysthymie, en raison du caractère chronique du trouble, de son retentissement, mais aussi parce qu'il annonce, dans un certain nombre de cas, l'évolution vers un trouble de l'humeur récurrent uni- ou bipolaire. Le statut nosographique du trouble dysthymique et sa parenté avec la dépression majeure et le tempérament dépressif restent, cependant, à préciser.

Trouble bipolaire

La reconnaissance de la manie de l'enfant et son intégration dans une continuité avec le trouble bipolaire de l'adulte se sont faites tardivement. Cependant, des antécédents maniaques ou hypomaniaques dans l'enfance sont décrits chez 30 % des adultes bipolaires (Manzano et Salvador, 1993). D'après Geller et coll. (1994), près d'un tiers des enfants ayant eu un EDM évolueraient vers la bipolarité et chez 80 % d'entre eux, les premières manifestations maniaques seraient repérées avant la puberté. Des études plus récentes modèrent sérieusement ces résultats en montrant des pourcentages plus bas d'évolution vers la bipolarité de l'adolescence à l'âge adulte, aux alentours de 5 % (Weissman et coll., 1999 ; Fombonne et coll., 2001). Il se pourrait cependant que, chez le sujet jeune, les symptômes maniaques soient sous-diagnostiqués au profit des troubles du comportement perturbateur : dans l'étude de Weller et coll. (1995), environ 50 % des enfants ayant des troubles du comportement sévères remplissaient les critères de la manie ou de l'hypomanie. Ces chiffres élevés sont probablement aussi le reflet du manque de spécificité des instruments diagnostiques utilisés qui discriminent mal les troubles du comportement des symptômes maniaques et hypomaniaques.

Critères diagnostiques

Les critères diagnostiques DSM-IV (tableau 15.VII) et CIM-10 sont identiques quel que soit l'âge. La durée minimale de l'épisode maniaque est d'une semaine dans les deux cas. En ce qui concerne l'hypomanie, le DSM-IV requiert une durée d'évolution de quatre jours au moins alors qu'aucun critère de durée précis n'est indiqué dans la CIM-10. L'épisode mixte, caractérisé par l'intrication ou l'alternance rapide de symptômes maniaques et dépressifs doit durer au moins deux semaines dans le DSM-IV, une semaine dans la CIM-10.

Tableau 15.VII : Critères diagnostiques de l'épisode maniaque du DSM-IV (APA, 1994)

- Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire)
- Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) ont persisté avec une intensité suffisante :
 1. augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur ;
 2. réduction du besoin de sommeil (le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil) ;
 3. plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment ;
 4. fuite des idées ou sensation subjective que les idées défilent ;
 5. distractibilité (l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou insignifiants) ;
 6. augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice ;
 7. engagement excessif dans les activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (se lancer dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables par exemple).
- Les symptômes ne répondent pas aux critères d'un épisode mixte.
- La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.
- Les symptômes ne sont pas dus aux effets physiologiques directs d'une substance (une substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou une affection médicale générale (hypothyroïdie par exemple).

Le DSM-IV définit en outre deux sous-catégories de trouble bipolaire :

- trouble bipolaire I : présence ou antécédents d'un ou plusieurs EDM et au moins un antécédent d'épisode maniaque ou mixte ;
- trouble bipolaire II : présence ou antécédents d'un ou plusieurs EDM et au moins un antécédent d'épisode hypomaniaque (sans antécédents de manie ou d'épisode mixte).

Aspects développementaux

Si à partir de l'âge de 10 ans, la symptomatologie maniaque se rapproche de celle de l'adulte, des particularités cliniques sont fréquemment notées chez les enfants plus jeunes, en partie rapportées à des contraintes sociales et familiales plus marquées dans cette tranche d'âge. Deux études ont permis de préciser le tableau clinique de la manie prépubère (Wozniak et coll., 1995 ; Varanka et coll., 1988) :

- irritabilité et agressivité plus fréquentes que l'élévation de l'humeur ;
- humeur labile, voire mixte ;
- fréquence des symptômes psychotiques non congruents à l'humeur ;
- évolution sub-chronique, intervalles libres peu nets avec persistance de troubles du comportement (intolérance aux frustrations, colères) ;
- fréquence des antécédents familiaux de troubles de l'humeur.

Devant un EDM de l'enfant et de l'adolescent, certains signes seraient prédictifs de l'évolution vers la bipolarité :

- la rapidité d'installation du trouble dépressif ;
- les antécédents personnels et familiaux de manie ;
- le virage de l'humeur sous traitement.

Trouble hyperactivité avec déficit attentionnel : diagnostic différentiel, prodrome ou comorbidité du trouble bipolaire ?

Le diagnostic de manie du sujet jeune est compliqué par la cooccurrence de troubles du comportement et par les similitudes cliniques entre ces deux catégories de troubles. Le diagnostic de trouble hyperactivité avec déficit attentionnel (THADA) est associé dans 90 % des cas et le trouble oppositionnel avec provocation et le trouble des conduites sont mis en évidence chez 70 % des enfants maniaques. La question d'une vulnérabilité familiale ou d'une base biologique commune à ces troubles demeure d'actualité. En dehors de la comorbidité des deux troubles, plusieurs hypothèses sont étudiées :

- l'hypothèse d'un sous-groupe de THADA constituant une forme prodromique d'hypomanie, susceptible d'évoluer vers un trouble bipolaire (Geller et Luby, 1997) ;
- l'hypothèse d'un sous-groupe de bipolaires, dont les troubles seraient précédés d'un THADA, ayant un trouble de l'humeur sévère, à début précoce, de pronostic défavorable (Biederman et coll., 1996).

Les principales différences cliniques entre manie et trouble hyperactivité avec déficit attentionnel sont résumées dans le tableau 15.VIII (d'après Vantalon, 1999).

Tableau 15.VIII : Principales différences cliniques entre manie et trouble d'hyperactivité avec déficit attentionnel (THADA) (d'après Vantalon et coll., 1999)

	Episode maniaque	THADA
Âge de début	Dès 6 ans	Dès la marche
Prodromes	Trouble des émotions	Trouble de l'attention
Evolution	Cyclique et chronique	Chronique, plusieurs années
Humeur	Euphorie et irritabilité	Sentiment de dévalorisation
Symptômes psychotiques	Parfois présents	Absents

Signes cliniques précoces et symptômes infracliniques

En l'absence d'études spécifiquement consacrées aux signes cliniques précoces des troubles de l'humeur chez le sujet jeune, nous traiterons essentiellement des symptômes infracliniques et de leurs rapports avec les troubles dépressifs avérés.

Dépressions subcliniques et démoralisation

Le terme de démoralisation a été proposé par Roberts (1987) pour qualifier une symptomatologie dépressive subclinique, généralement évaluée de façon dimensionnelle par des échelles d'autoévaluation. Les adolescents ayant une symptomatologie de ce type ont un risque accru de développer un trouble de l'humeur patent. Pour les adolescents ayant des scores de dépression élevés, l'incidence de l'EDM sur un an est de 16 % contre 6 % chez ceux n'obtenant pas de scores élevés (Clarke et coll., 1995). D'après l'étude de Roberts et coll. (1990), cette symptomatologie dépressive subclinique pourrait concerner entre 12 % et 31 % des adolescents de la population générale. La survenue d'un épisode thymique d'intensité clinique semble d'ailleurs intervenir assez rapidement après le dépistage d'un état de démoralisation - deux à trois mois après le dépistage de l'état de démoralisation dans l'étude de Clarke et coll. (1995), ce qui suggère que cet état pourrait être prodromal d'un état dépressif majeur ou d'un trouble dysthymique. Chez l'adulte, Johnson et coll. (1992) ont trouvé que le retentissement fonctionnel de ces états subcliniques était similaire à celui du trouble dépressif majeur.

Tempéraments affectifs sub-syndromiques

Les caractéristiques psychologiques et comportementales influencées par des déterminants génétiques ou constitutionnels inscrivent les individus dans des regroupements ou spectres dans lesquels une pathologie est en continuité avec un tempérament donné. Le tempérament est considéré ici comme une variante sub-syndromique de la pathologie. Ainsi, Akiskal (Akiskal et Akiskal, 1992 ; Akiskal, 1994) a décrit trois tempéraments affectifs principaux : cyclothymique, hyperthymique et dépressif qui possèdent des caractéristiques voisines des troubles francs de l'humeur. Ces tempéraments constituent, selon lui, des facteurs de prédisposition à la survenue d'un trouble thymique, le passage pouvant se faire à l'occasion de différentes situations : stress, prise de toxiques ou de certains médicaments, privation de sommeil.

Dans l'évolution des sujets cyclothymiques, Akiskal a rapporté la survenue fréquente d'un trouble bipolaire et note l'existence d'antécédents familiaux similaires à ceux des patients bipolaires. Chez certains de ces sujets cyclothymiques caractérisés par l'irritabilité, l'hyperactivité émotionnelle et la prédominance des affects négatifs, il a isolé le tempérament irritable ou cyclothymie avec irritabilité prédominante.

Les sujets ayant un tempérament hyperthymique auraient un risque élevé d'évolution vers la bipolarité après un premier épisode dépressif (Akiskal, 1992). Tout comme les cyclothymiques, ces sujets auraient tendance à nier tout affect négatif et toute détresse émotionnelle. Leur comportement pourrait, de ce fait, favoriser certains événements tels que l'abus de stimulants, les situations de rupture affective, de perte et d'abandon, la réduction du sommeil, qui jouent un rôle dans la survenue d'épisodes dépressifs.

Au sein des troubles dépressifs d'évolution chronique, Akiskal individualise l'entité « dysthymie sub-affective » au vu des antécédents familiaux (souvent bipolaires), de la fréquence d'authentiques épisodes dépressifs et de virages maniaques induits par les antidépresseurs tricycliques. Cette entité sub-syndromique serait l'expression d'une dérégulation affective centrale au même titre que la cyclothymie et le tempérament hyperthymique. Ses caractéristiques cliniques comprennent entre autres le surinvestissement du travail. Le concept de « dysthymie sub-affective » dont le début est insidieux, antérieur à l'âge adulte, et l'évolution intermittente et chimio-sensible s'oppose à la « dysphorie caractérielle » dont le pronostic est plus péjoratif (Akiskal, 1994).

La fréquence des tempéraments affectifs décrits par Akiskal est estimée à 3 %-4 % dans la population générale, plus fréquente chez les apparentés de sujets bipolaires même prépubères, certaines études montrant, chez ces enfants, des réactions intenses et prolongées à des agents stressants mineurs (Akiskal et Mallya, 1987). Il existe une version française publiée d'un questionnaire destiné aux adultes explorant les tempéraments hyperthymiques, cyclothymiques, dépressifs et irritables (Hantouche et Akiskal, 1997).

Akiskal a élaboré plusieurs hypothèses relatives aux liens entre un fonctionnement affectif particulier et la survenue de troubles du spectre dépressif (Akiskal, 1994) :

- le tempérament dysthymique ou dépressif sous-tendrait les doubles dépressions à début précoce ;
- le tempérament hyperthymique sous-tendrait les dépressions pseudo-unipolaires de début plus tardif ;
- la cyclothymie prédisposerait aux cycles rapides ;
- le tempérament irritable favoriserait les dépressions « hostiles » ;
- un état mixte se manifesterait lorsqu'un état maniaque se produit à partir d'un tempérament dépressif.

Selon cet auteur, les tempéraments affectifs interviendraient dans la vulnérabilité aux troubles de l'humeur alors que les troubles de la personnalité définis selon le DSM-IV ainsi que les traits comportementaux tels que la rigidité et l'impulsivité témoigneraient plutôt de difficultés adaptatives secondaires.

Des études longitudinales comprenant l'évaluation des tempéraments affectifs en population générale ou chez des individus « à risque » sont nécessaires pour étayer les hypothèses formulées par Akiskal.

Vulnérabilité dépressive

L'apparition d'un trouble dépressif majeur est attribuée à la conjonction d'une vulnérabilité individuelle et/ou familiale et de facteurs précipitants tels que des événements de vie adverses.

Selon le modèle de vulnérabilité conditionnelle, celle-ci ne s'exprime que si le sujet est confronté à des conditions environnementales particulières (stress, événements de vie...). Dans le modèle de vulnérabilité additive, il s'agit d'une dimension allant de la résilience à la susceptibilité vis-à-vis du trouble.

Risque dépressif familial

De nombreuses études ont montré que les enfants de parents déprimés récurrents (unipolaires et bipolaires) avaient un risque accru d'EDM (Weissman et coll., 1988 ; Orvaschel, 1990). Ce risque apparaît d'autant plus élevé que le début des manifestations dépressives des parents était précoce : dans l'étude de Weissman et coll. (1988), le risque d'EDM chez les enfants de parents dont le début des troubles était précoce (avant 20 ans) était 1,5-1,7 fois supérieur aux enfants de parents dont le début des troubles était plus tardif. Le risque accru de trouble dépressif existe d'ailleurs chez l'enfant que le parent soit traité ou non. Des études longitudinales confirment la fréquence plus importante des EDM chez les enfants de déprimés uni- ou bipolaires, mais également un risque accru pour d'autres troubles : troubles du comportement perturbateur, troubles anxieux, abus de substances (Weissman et coll., 1992). Dans cette population, les difficultés interpersonnelles, l'échec scolaire et une faible estime de soi sont également plus fréquents que chez les témoins (Downey et Coyne, 1990). Par ailleurs, d'autres troubles mentaux parentaux sont également associés à l'EDM de l'enfant et de l'adolescent : c'est le cas de certains troubles anxieux (trouble panique et phobique), l'alcoolisme, les abus de substance et le trouble des conduites (Doyen et coll., 1997).

Les mécanismes du risque dépressif familial sont complexes et associent des effets directs et indirects, ces derniers pouvant par exemple être médiés par l'environnement familial. Les études d'agrégation familiale, de jumeaux et d'adoption suggèrent que les troubles dépressifs ont, au moins en partie, une base génétique. Un tiers de la variance de la symptomatologie dépressive des adolescents est expliqué par des facteurs génétiques (Rende, 1993). Cependant, l'agrégation familiale des troubles dépressifs pourrait également être le fait de facteurs indirects : une adversité familiale engendrée par la psychopathologie parentale, une prédisposition aux événements de vie (Goodyer, 1995). Deux facteurs psychosociaux sont souvent retrouvés dans les familles où l'un des parents a un trouble de l'humeur : la discorde conjugale et l'inadaptation des pratiques éducatives (Beardslee et coll., 1993). L'environnement familial, la psychopathologie du conjoint et l'adaptation sociale ont été analysés conjointement aux effets de la dépression récurrente à début précoce

chez l'un des parents dans l'étude de Warner et coll. (1995). Ils confirment l'augmentation du risque d'EDM chez les enfants de parents ayant une dépression récurrente (alors que, dans leur échantillon, cette augmentation n'est pas mise en évidence chez les enfants de parents ayant eu un seul épisode dépressif). Un abus d'alcool chez le conjoint augmente également le risque d'EDM chez l'enfant, surtout si une dépression récurrente existe déjà chez l'autre parent. D'autres auteurs soulignent également l'impact délétère sur l'enfant des troubles mentaux multiples chez les parents, qui pourraient être aggravés par un isolement social (Merikangas et coll., 1988). Par rapport aux enfants de mères ayant une maladie somatique chronique, les enfants de mères déprimées ont plus de cognitions négatives, une estime de soi plus faible et plus fréquemment un style d'attributions dépressif.

Dans l'étude de Warner et coll. (1995), la dysthymie n'est pas associée à la psychopathologie familiale, mais à un environnement familial chaotique. Dans le groupe contrôle (enfants de parents sans trouble mental), c'est le fonctionnement social de la famille qui est relié au risque d'EDM chez l'enfant.

Tempérament et vulnérabilité dépressive

La notion de tempérament fait référence aux variations interindividuelles de réactivité et de comportement, à base biologique, héritables et relativement stables dans le temps. L'étude des traits de tempérament permet une approche dimensionnelle de la vulnérabilité aux troubles dépressifs (mais non des troubles affectifs eux-mêmes). Ainsi, la valeur prédictive du trait vis-à-vis de la survenue d'un trouble affectif chez un individu donné ou dans une partie de la population est négligeable. Dans une optique de prévention, il est surtout nécessaire de connaître les conditions développementales qui sous-tendent l'expression clinique d'une vulnérabilité constitutionnelle.

La complexité des liens entre tempérament et psychopathologie est illustrée par Rothbart et coll. (1995) qui décrivent 14 interactions possibles dont les plus souvent citées sont :

- le trait de tempérament comme prédisposition vis-à-vis d'un trouble ;
- la psychopathologie résultant de l'interaction entre la personnalité des parents et celle de l'enfant (modèle du « *goodness of fit* ») ;
- le trait de tempérament influençant la survenue d'événements de vie ;
- le tempérament modifiant l'impact des événements de vie ;
- trait et trouble ayant une base génétique commune.

Chez l'adulte, des études longitudinales et familiales ont permis d'identifier des *patterns* de traits de tempérament prémorbides des troubles dépressifs récurrents : le névrosisme ou trait névrotique associant une labilité émotionnelle et une moindre résistance au stress, fréquemment retrouvé dans les études longitudinales menées en population générale (pour revue Purper-Ouakil et Guelfi, 1999).

Chez l'enfant, Buss et Plomin (1984) ont proposé un modèle de tempérament fondé sur trois dimensions : l'émotionnalité, l'activité et la sociabilité (modèle EAS). L'émotionnalité, dimension proche du trait névrotique, se réfère à une réactivité émotionnelle intense. L'activité comprend l'intensité et la fréquence des réponses motrices. La sociabilité est définie comme la tendance à rechercher la présence d'autrui. La timidité, quant à elle, est définie comme une tension devant l'étranger.

Les troubles dépressifs majeurs chez les enfants d'âge scolaire ont été associés à des niveaux élevés d'émotionnalité et des niveaux intermédiaires d'activité et de sociabilité (Goodyer et coll., 1993). Cent quatre-vingt-treize sujets de 11 à 16 ans ont participé à cette étude ; parmi ceux-ci, 19 (16 filles, 3 garçons) répondaient aux critères de dépression majeure selon le DSM-III-R. Les résultats montrent une corrélation significative entre un score élevé d'émotionnalité et l'existence d'un trouble dépressif chez les filles, ce qui n'est pas le cas pour les garçons. La même évaluation réalisée un an plus tard montre que les sujets ayant développé un trouble dépressif dans l'intervalle avaient tendance à avoir initialement des scores d'émotionnalité élevés.

Le rôle de l'émotionnalité dans la survenue de troubles anxieux et/ou dépressifs a aussi été avancé par Rende (1993) au terme d'une étude longitudinale chez 164 enfants de 1 à 7 ans. Des scores élevés d'émotionnalité chez les garçons et les filles ainsi que des scores bas de sociabilité chez les filles sont prédictifs de scores élevés d'anxiété et de dépression à 7 ans. L'émotionnalité de la petite enfance explique 4 % de la variance des troubles internalisés chez les garçons et 9 % chez les filles.

Caspi et coll. (1996) ont évalué le tempérament de 1 037 enfants et étudié leur devenir à l'âge adulte. Dans cette population, une inhibition marquée à l'âge de 3 ans était prédictive de l'existence de troubles dépressifs à l'âge de 21 ans (OR = 2,2 $p < 0,01$ 95 % CI 1,2-3,9).

Certaines études ont été réalisées dans la fratrie d'enfants traités pour des troubles anxieux ou dépressifs. Dans cette population, la probabilité d'un diagnostic psychiatrique est trois fois plus élevée qu'en population générale. Une forte émotionnalité est associée à un risque élevé de troubles psychiatriques, quelle que soit la nature de ceux-ci (Kelvin et coll., 1996). Dans la population d'apparentés ainsi que dans le groupe contrôle issu de la population générale, une forte émotionnalité est associée à une comorbidité élevée et, plus spécifiquement, aux diagnostics de dysthymie et d'anxiété de séparation.

Plusieurs arguments existent donc pour impliquer l'existence d'une forte émotionnalité (et à un moindre degré une faible sociabilité et une forte inhibition) dans la survenue de troubles anxieux ou dépressifs. Cette vulnérabilité non spécifique aux troubles du spectre anxieux et dépressifs pourrait être médiée par différentes variables telles que le sexe et certains facteurs tels que le support social, l'estime de soi et le contexte environnemental (Windle, 1992).

Les données actuelles ne permettent pas de conclure quant aux mécanismes de causalité.

Traits cognitifs, relations interpersonnelles et vulnérabilité dépressive

Des facteurs autres que la présence de certains traits de tempérament peuvent être impliqués dans la vulnérabilité dépressive.

Schémas cognitifs dysfonctionnels

Les différentes théories cognitives de la dépression ont en commun de souligner le rôle des cognitions dans la genèse des réactions émotionnelles. Selon la théorie cognitive de Beck (1983), l'existence de schémas ou attitudes cognitives dysfonctionnelles est un facteur de risque dépressif acquis au cours du développement à la faveur d'expériences négatives précoces. Ces schémas cognitifs, souvent latents, sont réactivés par de nouveaux événements traumatisants ; cette réactivation s'accompagne de cognitions négatives du moi, du monde et du futur (triade cognitive) et de « pensées automatiques » entraînant une distorsion de la réalité sous la forme d'erreurs d'interprétation et de jugement.

Bien que l'existence d'attitudes cognitives dysfonctionnelles soit généralement reconnue au cours de l'état dépressif et impliquée dans l'évolution sous traitement et la fréquence des rechutes dépressives, voire dans la chronicisation des troubles, les études prospectives visant à étayer le modèle de vulnérabilité ont donné des résultats variables.

Barnett et Gotlib (1988) ont mené une étude sur trois mois dans une population d'étudiants. Ni les scores d'attitudes dysfonctionnelles ni leur interaction avec les événements de vie n'étaient prédictifs des scores de dépression. Hammen et coll. (1990) ont montré que l'existence d'attitudes cognitives dysfonctionnelles chez des enfants « à risque », de parents uni- ou bipolaires, augmentait le risque de dépression dans les suites d'événements de vie négatifs. Les principales limites de ces études sont la faible durée du suivi, la difficulté de réactiver des schémas cognitifs dont certains semblent latents et le problème de la catégorisation des événements de vie qui peut parfois apparaître comme arbitraire.

Résignation apprise et désespoir

Le modèle de résignation apprise (*learned helplessness*) est un modèle issu des théories de l'apprentissage et du conditionnement social qui se caractérise par un déficit de réaction face à un événement source de stress (Seligman et Ovesaier, 1967). Il concerne les niveaux émotionnel, motivationnel et cognitif du fonctionnement psychique et résulte du sentiment qu'il n'existe pas de solution efficace pour éliminer la source de stress. La résignation apprise se définit donc comme la résultante d'expériences répétées d'insuccès entraînant l'abandon des efforts. Dans ce modèle, le facteur de vulnérabilité dépressive

consiste en l'attribution de causalité entre un événement (facteur de stress) et sa conséquence (résignation). Les relations entre facteurs de stress et dépression ont fait l'objet de différentes études qui montrent que les facteurs de stress rendent compte de 5 % à 20 % de la variance des troubles dépressifs (Robinson, 1995). Ces données indiquent l'existence de processus plus complexes qui ont donné lieu à des reformulations successives de la théorie de la résignation apprise. Plusieurs variables susceptibles de moduler les interactions stress-détresse chez l'adulte et le sujet jeune ont été décrites : l'estime de soi, les distorsions cognitives, l'anticipation négative de l'avenir, le style d'attribution et le lieu de contrôle. L'introduction de concept de lieu de contrôle, issu des travaux de Rotter (1966), est à la base d'une première modification de la théorie par Abramson et coll. (1978). Il se réfère au degré de maîtrise que le sujet perçoit par rapport à son environnement. L'existence d'un lieu de contrôle interne a été reliée à l'existence d'affects positifs alors qu'un lieu de contrôle externe a été relié aux affects négatifs. De la même façon, un style d'attribution négatif (le fait d'attribuer les événements négatifs à des facteurs internes et stables et les événements positifs à des facteurs externes) a été relié à l'existence d'une symptomatologie dépressive chez l'enfant et l'adolescent (Asarnow et Bates, 1988).

Dans une reformulation ultérieure de la théorie, Abramson et coll. (1989) postulent que les cognitions négatives constituent une vulnérabilité susceptible d'interagir avec les événements de vie adverses pour déclencher et maintenir une symptomatologie dépressive. Le concept central de cette théorie est celui de désespoir (*hopelessness*) qui associe des attentes négatives (le pire va arriver) à un sentiment d'impuissance (*helplessness*) (je ne peux rien faire pour changer la situation). Le désespoir serait une condition suffisante pour la survenue de la dépression. Un style d'attribution négatif contribuerait à la survenue de l'état de désespoir seulement si le sujet est confronté à un événement de vie adverse.

Metalsky et coll. (1993) ont testé ce modèle de vulnérabilité dans une population d'étudiants, chez lesquels étaient évalués l'estime de soi, le style d'attribution, la résignation, les affects dépressifs, et ce avant et durant quatre jours après réception des résultats de leurs examens semestriels. Les interactions entre l'échec aux examens, le style d'attribution et une faible estime de soi étaient prédictives d'affects négatifs prolongés.

Dans une méta-analyse des études consacrées au style d'attribution dans la dépression, Joiner et Wagner (1995) montrent que le style d'attribution négatif est associé à la dépression (dimensionnelle et catégorielle). Il y a également des arguments en faveur de la valeur prédictive de ce style cognitif vis-à-vis de la dépression. En revanche, l'hypothèse de vulnérabilité latente, selon laquelle les styles cognitifs deviendraient dépressogènes seulement lors de l'expérience d'événements de vie adverses n'est pas établie, les résultats des études étant variables.

Estime de soi

L'intérêt pour l'estime de soi et les relations entre un trouble de l'estime de soi et une vulnérabilité dépressive s'est développé au début des années quatre-vingt-dix. L'étude réalisée par Aro (1994) sur les facteurs de risque et de protection à l'égard des troubles dépressifs a porté sur 2 269 élèves évalués à 16 ans et à 22 ans par le questionnaire de dépression de Beck et une échelle d'estime de soi. Une symptomatologie dépressive a été mise en évidence chez 10 % des sujets à l'âge de 22 ans. Une mauvaise estime de soi à 16 ans a été identifiée comme trait prédictif de la survenue de dépression à 22 ans. Le soutien social intervient dans cette population comme facteur de protection puisqu'il diminue le risque de survenue d'une symptomatologie dépressive chez les adolescents rapportant une faible estime de soi à 16 ans.

Relations interpersonnelles

Les conceptualisations les plus récentes de la vulnérabilité dépressive incluent, aux côtés des facteurs affectifs et cognitifs, les relations interpersonnelles (Hammen et Rudolph, 1996). Le rôle des relations interpersonnelles dans la vulnérabilité dépressive est particulièrement central dans le modèle comportemental de Lewinsohn (1974), selon lequel le manque de renforcements externes et le déficit de compétence sociale créent une condition favorable pour l'apparition de troubles dépressifs. Plusieurs études soulignent l'importance des aspects de communication sociale dans les symptômes dépressifs de l'enfant et de l'adolescent selon une modalité bidirectionnelle. En effet, l'existence de troubles de la communication familiale et dans le groupe des pairs (Goodyer et coll., 1990) est prédictive de la survenue d'un trouble dépressif alors que la symptomatologie dépressive elle-même interfère avec le fonctionnement social et peut provoquer ou accentuer des réactions négatives de la part des pairs (Rudolph et coll., 1994). Le manque de support social et les difficultés de communication, notamment le rejet par les pairs, interagissent également avec des facteurs cognitifs tels que l'estime de soi (Cole et Turner, 1993) et le sentiment d'incompétence (Harter et coll., 1992 ; Rudolph et coll., 1997).

Pour généraliser ces résultats à l'état dépressif clinique, d'autres études sont nécessaires, puisque la plupart des travaux sur les facteurs de vulnérabilité cognitive concernent les affects dépressifs identifiés en population non clinique de façon dimensionnelle. De plus, même si l'existence de cognitions dépressives et d'une altération du fonctionnement interpersonnel a été montrée chez le jeune déprimé, les relations de causalité et leur rôle dans la modulation de la relation stress-détresse ne sont pas encore clairement établis.

Rôle des événements de vie dans la constitution des traits cognitifs

La plupart des modèles de vulnérabilité dépressive mettent l'accent sur le rôle des événements de vie dans la constitution de la personnalité « à risque ».

Une distinction est généralement établie entre les événements traumatiques précoces et tardifs ; les premiers étant considérés comme des facteurs de risque et les seconds comme des facteurs précipitants de la survenue d'une pathologie dépressive. Parmi les événements traumatiques précoces, les plus étudiés ont été les expériences de perte réelle ou symbolique, de maltraitance physique et/ou sexuelle. Le rôle de la perte précoce d'un parent dans la survenue de troubles dépressifs a donné lieu à de nombreux travaux dont la portée est cependant limitée par des difficultés méthodologiques et des résultats hétérogènes ; la plupart reposent sur un recueil rétrospectif des informations. Une méta-analyse (Patten, 1991) a permis d'estimer que la perte de la mère avant 11 ans doublait le risque de survenue d'un trouble dépressif. La spécificité des relations entre deuil et trouble dépressif n'est pas établie puisque la vulnérabilité semble concerner des aspects divers de la psychopathologie. De plus, tous les sujets ayant vécu des pertes ou des séparations prolongées ne développent pas de troubles dépressifs. L'association de plusieurs expériences de perte ou de séparation, tout comme une vulnérabilité perçue, associée à l'événement (Patten, 1991), auraient une meilleure valeur prédictive vis-à-vis de la survenue de troubles dépressifs au cours du développement. Plus que la perte parentale elle-même, c'est l'altération des soins parentaux consécutifs à la perte qui pourrait être en cause. Les études rétrospectives réalisées chez des sujets déprimés mettent d'ailleurs en évidence la fréquence des antécédents de dysfonctionnements dans les relations parents-enfants (Parker et coll., 1995). Ces anomalies concernent aussi bien des attitudes de rejet et une carence d'affection que des comportements de surprotection et de vigilance anxieuse. Elles sont souvent associées à l'existence d'un trouble dépressif chez les parents et semblent responsables d'une vulnérabilité générale à la psychopathologie plutôt qu'à un risque spécifiquement dépressif (Parker et coll., 1995 ; Doyen et coll., 1997).

Le rôle des liens précoces qui s'établissent entre les parents et leurs enfants est développé dans la théorie de l'attachement de Bowlby (1980). Armsden et coll. (1990) mettent en évidence des perturbations des relations d'attachement précoces chez les jeunes déprimés. Les interactions précoces sont impliquées par différents auteurs dans le développement des capacités d'intégration et de régulation émotionnelle de l'enfant (Hofer, 1994).

Certains auteurs ont mis en relation l'altération de l'estime de soi et l'existence de difficultés relationnelles avec les expériences traumatiques précoces (Andrews et Brown, 1993). L'existence de difficultés relationnelles (avec les pairs ou les proches) augmenterait le risque de survenue d'une symptomatologie dépressive dans les suites d'un événement traumatique précipitant, s'accompagnant d'un vécu d'impuissance. L'impact de ces facteurs de risque serait médié par l'altération de l'estime de soi.

Parmi les événements traumatiques précoces, les expériences de maltraitance sont l'objet d'une attention croissante. La fréquence des troubles dépressifs

chez les enfants victimes de maltraitance physique et/ou sexuelle a été soulignée par plusieurs études ; la prévalence de troubles dépressifs est de 20 % dans cette population (Famularo et coll., 1992). Cependant, le risque concerne aussi d'autres pathologies telles que l'état de stress post-traumatique et les troubles des conduites (Doyen et coll., 1997).

Si le rôle de certains événements de vie précoces semble significatif, bien que non spécifique, vis-à-vis de la survenue de troubles dépressifs, il est actuellement nécessaire de préciser leur impact en fonction des caractéristiques des individus et de leur environnement familial et social qui interviennent dans la modulation de la relation stress-détresse. De plus, certains événements de vie précoces qui ne sont pas immédiatement responsables de troubles dépressifs sont cependant susceptibles de jouer un rôle dans la survenue de troubles de l'humeur plus tard au cours du développement.

Dépistage et prévention des troubles dépressifs chez le sujet jeune

Le retentissement psychosocial et l'évolution parfois chronique ou récurrente des troubles de l'humeur chez l'enfant et l'adolescent incitent à prévenir le développement de ces troubles et le cas échéant à les dépister très précocement.

Dépistage des troubles dépressifs cliniques et subcliniques

Au vu des connaissances actuelles, la plupart des facteurs impliqués dans la vulnérabilité dépressive, tels que les traits de tempérament, ont une valeur prédictive faible vis-à-vis des troubles dépressifs ; évalués isolément, ils n'offrent pas d'intérêt pour le diagnostic précoce de troubles de l'humeur.

Les facteurs de risque les plus régulièrement cités dans le cadre des troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent sont les suivants :

- l'existence d'une symptomatologie dépressive subclinique ;
- l'existence d'antécédents familiaux de dépression ou d'un autre trouble mental surtout chez les apparentés de premier degré ;
- des conditions psychosociales défavorables, un stress chronique ;
- l'existence d'autres troubles psychiatriques susceptibles de se compliquer de dépression (troubles anxieux, troubles du comportement perturbateur).

Une étude longitudinale sur quatre ans a examiné les variables prédictives des troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent (Beardslee et coll., 1996). Les meilleurs prédicteurs parmi les paramètres étudiés, étaient le nombre total de troubles mentaux (non thymiques) chez les parents, la durée cumulée des épisodes dépressifs majeurs chez les parents et le nombre de troubles mentaux antérieurs à l'évaluation chez l'enfant. Le risque relatif de trouble de l'humeur

dans les quatre ans du suivi double lorsque plusieurs de ces prédictors sont présents (tableau 15.IX).

Tableau 15.IX : Prédictors des troubles dépressifs (EDM) chez l'enfant et l'adolescent (d'après Beardslee et coll., 1996)

Variabes	Nombre de sujets	Développeront un EDM (%)
Trouble mental parent (non thymique)		
Aucun	58	12
Au moins un	81	32
EDM parent		
Aucun	89	18
Au moins un	50	34
Trouble mental enfant		
Aucun	62	16
Au moins un	77	30
Combinaison (somme des indicateurs)		
Aucun	27	7
1	38	18
2	52	25
3	22	50

Le rôle des symptômes dépressifs chroniques d'intensité modérée, soit sub-cliniques, soit s'intégrant dans un trouble dysthymique, dans la survenue des épisodes dépressifs majeurs est également souligné par différentes études. Chez l'enfant et l'adolescent, l'évolution du trouble dysthymique est marquée par la survenue d'EDM dans 75 % des cas à cinq ans (Kovacs et coll., 1994). De même, chez les sujets ayant des scores de dépression élevés à l'autoévaluation, une augmentation d'incidence des EDM est rapportée dans l'année qui suit l'évaluation (Lewinsohn et coll., 1988).

Keller et coll. (1991) ont montré que seul un quart des enfants et adolescents ayant un trouble dépressif bénéficie d'un traitement quel qu'en soit le type. Ces résultats soulignent l'importance du dépistage des formes subcliniques, mais également des formes cliniques de dépression qui demeurent largement sous-évaluées et sous-traitées, en particulier chez les sujets jeunes.

Instruments d'évaluation de la dépression applicables au dépistage

La procédure actuellement la plus employée pour le dépistage des troubles dépressifs dans de grands échantillons comprend deux étapes :

- une étape de dépistage par autoquestionnaires qui ont l'avantage d'être courts et simples à utiliser ;

- une étape permettant d'aboutir à un diagnostic et qui comprend un entretien diagnostique structuré ou semi-structuré.

Autoquestionnaires

Les questionnaires d'autoévaluation apprécient le vécu dépressif de l'enfant. Ils se présentent sous la forme d'items mesurant les symptômes dépressifs et sont proposés par écrit. Leur utilisation est en général difficile avant 7 ans. S'ils peuvent être appliqués au dépistage de sujets « à risque », ces instruments ne permettent en aucun cas de poser un diagnostic de trouble dépressif. Leurs corrélations avec les diagnostics cliniques est imparfaite.

Le *Children depression inventory* (CDI) (Kovacs et Beck, 1977) est un questionnaire adapté du *Beck depression inventory* (BDI) (Beck, 1961) de 27 items destiné aux 7-17 ans. Les items sont cotés de 0 à 2 selon leur sévérité et correspondent à l'état du sujet pendant les deux semaines précédant l'évaluation. Le CDI aide à identifier les enfants déprimés en population générale et permet d'apprécier l'évolution sous traitement. La concordance entre les scores du CDI et les critères diagnostiques du DSM-III-R est satisfaisante (Costello et Angold, 1988). Un score seuil de 19 permet d'identifier correctement 88 % de patients hospitalisés pour dépression et 90 % des témoins (Friedman et Butler, 1979). En population clinique, la valeur discriminante du CDI est moindre ; les scores des enfants déprimés et des enfants ayant une psychopathologie non thymique sont équivalents (Asarnow et Carlson, 1985). Le CDI évaluerait donc une dimension psychopathologique au sens large plutôt que la dépression. Le CDI est traduit en français et utilisé dans les études de suivi sous traitement. Une version pour les parents comprend une partie descriptive (27 items) et une partie destinée à évaluer la façon dont l'enfant est perçu par les parents (8 items) (Carlson et Cantwell, 1979).

Le *Beck depression inventory* (BDI) (Beck et coll., 1961) est un inventaire de dépression de 21 items destiné à l'adulte et également appliqué à l'adolescent. Chez l'adolescent en population non clinique, ses propriétés psychométriques sont satisfaisantes. Un score de 16 ou plus est un indicateur de dépression majeure dans ce type d'échantillon, alors que des scores compris entre 10 et 15 indiquent une symptomatologie dépressive légère à modérée (Barrera et Garrison-Jones, 1988). En revanche, la valeur discriminante de l'instrument en population clinique est variable selon les études. Dans un échantillon d'adolescents ayant des troubles psychiatriques, le BDI permet de classer correctement 81 % des déprimés majeurs avec 14 % de faux positifs et 5 % de faux négatifs (Strober et coll., 1981). Une nouvelle adaptation du BDI, le BDI-II a été élaborée pour correspondre aux critères diagnostiques du DSM-IV (Beck et coll., 1996). Les premières données de validation indiquent des propriétés psychométriques satisfaisantes, mais la valeur discriminante de l'échelle n'a pas fait l'objet d'études en population générale (Steer et coll., 1998).

La *Center for epidemiological studies depression scale* (CES-D) (Radloff et Locke, 1986) est un autoquestionnaire de 20 items développé chez l'adulte et appliqué chez l'adolescent dans un objectif de dépistage de la symptomatologie dépressive en population générale. Les items sont cotés de 0 à 3 selon leur intensité dans la semaine écoulée. Un score égal ou supérieur à 16 serait en faveur d'un trouble dépressif. La capacité de discrimination est correcte, même en population clinique, mais le seuil de sensibilité varie avec le sexe, la comorbidité psychiatrique ou somatique. La CES-D a été traduite en français et utilisée en population adolescente où la capacité de discrimination diffère selon le sexe, les manifestations dépressives étant plus facilement identifiées chez les garçons (Bailly et coll., 1992a et b). Une version destinée à des sujets âgés de 9 à 16 ans a été dérivée de la CES-D. La CES-DC (*Center for epidemiological studies depression scale for children*) (Faulstich et coll., 1986) est également un instrument de dépistage en population générale. En population clinique, la CES-DC ne permet pas de différencier les enfants déprimés de ceux qui ont un trouble mental non thymique.

Robert et coll. (1991) ont comparé le BDI et la CES-D en termes de concordance par rapport aux diagnostics cliniques de trouble dépressif majeur et de trouble dysthymique dans un échantillon d'adolescents issu de la population générale. Pour les épisodes actuels, la sensibilité et la spécificité des deux instruments sont satisfaisantes, mais la sensibilité diminue pour les épisodes passés. Les deux échelles détectent bien les vrais positifs (les faux négatifs sont rares), mais les vrais négatifs sont moins bien identifiés (les faux positifs sont nombreux). Les valeurs prédictives négatives sont plus élevées que les valeurs prédictives positives (tableau 15.X). Lorsque des scores au-dessus du seuil sont obtenus au cours de deux passations à dix jours d'intervalle, la valeur prédictive positive augmente. Pour l'ensemble des sujets, la concordance entre BDI et CES-D est de 87,8 % dont 77,6 % de vrais positifs. Le BDI identifie moins de faux positifs que la CES-D. Des formes à 4 items des deux échelles peuvent être utilisées sans diminution significative des valeurs prédictives.

Le *Mood and feelings questionnaire* (MFQ) (Costello et Angold, 1988) possède une échelle à 33 items développée pour le dépistage des adolescents et enfants déprimés en population générale qui évalue les critères DSM-III-R et CIM-10 au cours des deux semaines précédentes. Le MFQ est utilisable entre 8 et 18 ans. Les items sont cotés sur une échelle de 3 points. Un score supérieur à 29 pour la version enfant est évocateur de dépression majeure. Une version parents (MFQ-P) (score-seuil de 25) et une version courte à 11 items ont été adaptées. En population clinique, la proportion de faux négatifs est relativement élevée avec une spécificité supérieure à la sensibilité (89,7 % *versus* 59,2 % pour la version enfant) (Kent et coll., 1997).

Questionnaires en images

Le Dominic-R (Valla et coll., 2000) est un questionnaire en images informatisé destiné aux enfants âgés de 6 à 11 ans. Le stimulus visuel est complété par

Tableau 15.X : Prédiction du diagnostic de trouble dépressif (EDM) et de dysthymie avec les autoquestionnaires BDI et CESD (d'après Roberts et coll., 1991)

	Valeur (%)	
	BDI	CESD
EDM		
Sensibilité	83,7	83,7
Spécificité	80,9	75,2
VPP	10,2	8
VPN	99,5	99,4
Trouble dysthymique		
Sensibilité	88,9	77,8
Spécificité	79,6	74
VPP	2,3	1,6
VPN	99,9	99,8

BDI : *Beck depression inventory* ; CES-D : *Center for epidemiological studies depression scale* ; VPP : valeur prédictive positive ; VPN : valeur prédictive négative

une information auditive et écrite. La version informatisée permet de dépister les phobies, l'anxiété de séparation et généralisée, les troubles dépressifs et dysthymiques, l'hyperactivité avec déficit attentionnel, le trouble oppositionnel et le trouble des conduites. La fiabilité test-retest et la validité externe vis-à-vis du diagnostic clinique sont satisfaisantes.

Entretiens diagnostiques

Dans les entretiens structurés, les questions sont précises et à choix forcé ce qui permet de limiter la discordance interjuges.

Issu du *Diagnostic interview schedule*, le *Diagnostic interview schedule for children-revised* (DISC-R) (Shaffer, 1988) existe en version enfants et parents (264 items chacun). Il s'adresse aux enfants de 6 à 17 ans. Le DISC-R et sa version précédente le DISC sont traduits en français, mais non validés. Les études de validation anglo-saxonnes montrent que la validité et la fiabilité de l'instrument sont insuffisantes chez l'enfant, meilleures chez l'adolescent.

Le *Diagnostic interview of children and adolescents* (DICA) (Herjanic et Campbell, 1977) comprend 900 questions disponibles en version parents et enfants et est utilisable de 6 à 17 ans avec des items adaptés à l'âge de développement. Comparé aux autres entretiens diagnostiques, la validité du DICA semble moins bien établie.

Le *Children's interview for psychiatric syndromes* (ChIPS) (Weller et coll., 2000) est un entretien structuré destiné aux enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans, se référant au diagnostic DSM-IV et permettant une évaluation de l'adaptation sociale. Il existe une version parents et une version enfants. La durée de

passation est relativement modérée comparée aux autres instruments de ce type (50 minutes chez des patients hospitalisés, 20 minutes en population générale).

Les entretiens semi-structurés sont destinés au recueil des informations par un clinicien et génèrent des diagnostics fiables. La formulation des questions est indicative, ce qui permet une approche plus libre que les entretiens hautement structurés. La durée de passation des entretiens à visée diagnostique varie entre 60 et 120 minutes.

La version la plus récente des *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children* (Kiddie-SADS) (Puig-Antich et Chambers, 1978) et *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version* (K-SADS-PL) permet des diagnostics selon les critères du DSM-IV et sur la vie entière ; elle est traduite en français, mais non validée. Elle comporte un entretien de dépistage et cinq suppléments pour le diagnostic des troubles. L'entretien est réalisé avec les parents puis l'enfant ou l'adolescent. L'échelle de dépression de la K-SADS a une consistance interne et une fidélité test-retest et interjuges satisfaisante (Chambers et coll., 1985 ; Kaufman et coll., 1997).

L'*Interview schedule for children* (ISC) (Kovacs, 1985) est un entretien destiné aux enfants âgés de 8 à 17 ans et générant des diagnostics DSM-III-R. Peu de données de validation sont disponibles sur cet instrument.

Le *Children assessment schedule* (CAS) (Hodges et coll., 1982) est un entretien semi-structuré destiné à trois catégories d'âge (5-7 ans, 7-12 ans, 13-16 ans), particulièrement intéressant pour les enfants prépubères. Les données de validation sont satisfaisantes pour les troubles dépressifs et la concordance avec la K-SADS est bonne (Hodges et coll., 1990).

Le *Child and adolescent psychiatric assessment* (CAPA) (Angold et Costello, 2000) est un entretien semi-structuré dérivé de la K-SADS, mais destiné à explorer un plus grand nombre de symptômes et utilisable de 9 à 17 ans. La durée de passation est d'une heure pour les parents et les enfants. En dehors des symptômes psychiatriques, le CAPA permet aussi d'évaluer le retentissement psychosocial et le fonctionnement familial. La fidélité test-retest est comprise entre 0,55 (pour le trouble des conduites) et 1,00 (pour l'abus de substances psychoactives). Des versions pour le jeune adulte et l'enfant préscolaire, ainsi qu'un instrument de dépistage dérivé du CAPA sont en cours d'élaboration.

Évaluation de programmes de prévention

Lorsque le début des troubles est difficile à dater, comme c'est le cas dans la dépression, la distinction entre prévention primaire et intervention précoce est imprécise. Des symptômes dépressifs d'intensité légère ou modérée évalués de façon dimensionnelle peuvent être à la fois facteurs de risque et signes précoces d'un trouble dépressif patent.

Des programmes destinés à prévenir l'accentuation d'une symptomatologie dépressive chez des enfants et adolescents ont été développés à partir d'interventions cognitivo-comportementales initialement destinées à de jeunes déprimés.

Beardslee et coll. (1993) ont étudié l'intérêt de programmes de prévention chez des familles dont au moins un des parents avait un trouble dépressif. Ils ont comparé un programme de prévention à base cognitive et une information de deux séances d'une heure sur les troubles de l'humeur et leur retentissement familial. Bien que les deux groupes se soient déclarés satisfaits de l'aide reçue, les bénéfices étaient plus importants dans le groupe ayant participé au programme cognitif. Ce programme, centré sur la parentalité et les interactions parents-enfants, vise une meilleure compréhension de l'expérience dépressive par la famille et les enfants en particulier. Il s'accompagne d'une information concernant les facteurs de vulnérabilité, mais aussi de résilience associés aux troubles dépressifs et identifiables chez les enfants. Des entretiens avec le ou les enfants seuls et en présence des parents cherchent à prévenir les problèmes émotionnels et de comportement qui peuvent se manifester en réaction à la dépression d'un parent. En effet, l'enfant peut attribuer des interprétations erronées à une symptomatologie dépressive présente chez l'un ou l'autre de ses parents. Par exemple, l'anhédonie ou l'asthénie sont souvent comprises par l'enfant comme un rejet ou un désintérêt. L'enfant s'attribue souvent aussi la responsabilité des troubles. Les tentatives d'autonomisation peuvent également être vécues avec culpabilité. Au cours des entretiens, les parents sont encouragés à développer la résilience de leurs enfants.

Chez les enfants et adolescents chez lesquels une symptomatologie dépressive subclinique est mise en évidence par autoévaluation, différentes études ont été menées. Jaycox et coll. (1994) ont évalué l'effet d'une intervention de prévention organisée en milieu scolaire et destinée à des enfants obtenant des scores élevés de dépression. Ce programme combinant l'apprentissage de techniques cognitives de résolution de problèmes et de stratégies de communication sociale était associé à une réduction significative des scores de dépression persistant deux ans après l'intervention.

Clarke et coll. (1995) ont étudié un programme similaire dans la perspective de prévention d'un trouble dépressif catégoriel. Après exclusion des sujets ayant un trouble de l'humeur patent, les adolescents ayant des scores élevés à la CES-D ont été randomisés en deux groupes, l'un bénéficiant du programme de prévention, l'autre étant libre de poursuivre ou d'initier une démarche de soin quelconque. Le programme, adapté d'une intervention destinée aux adolescents déprimés (*Adolescent coping with depression course*, Clarke et coll., 1990), a comme objectifs le développement des capacités d'ajustement au stress (ou *coping*), la diminution des cognitions dépressives et des croyances irrationnelles. Les modalités comprennent trois séances hebdomadaires pendant cinq semaines au cours desquelles sont utilisés des débats et des jeux de rôle avec des groupes comprenant 6 à 11 participants. Sur un an de suivi,

l'incidence des EDM était réduite de moitié dans le groupe traité par rapport aux contrôles ; elle reste cependant deux fois plus élevée que celle de la population générale. L'intérêt, à plus long terme, de sessions de « renforcement », à un intervalle de quelques mois reste à préciser au moyen d'études à long terme. L'impact en termes d'économie de la santé doit également être évalué.

En conclusion, les troubles dépressifs de l'enfant et de l'adolescent sont des affections potentiellement récurrentes et souvent associées à une comorbidité psychiatrique ou à des troubles du comportement. Leur retentissement sur l'adaptation psychosociale et affective ultérieure est important. Ces données justifient qu'une attention particulière soit portée au soins et à la prévention des troubles dépressifs, surtout chez les sujets jeunes. Les mesures thérapeutiques ou de prévention doivent tenir compte de la multiplicité des différents facteurs individuels et familiaux impliqués dans la vulnérabilité dépressive et de l'hétérogénéité de la symptomatologie dépressive elle-même. Cela indique la nécessité d'une offre de soins et d'actions de prévention diversifiées (dans leurs méthodes et leurs groupes-cibles) pour une adaptation optimale aux besoins individuels. L'évaluation en termes d'acceptabilité et d'efficacité est un parallèle indispensable au développement de ces programmes. Actuellement, les actions de prévention destinées aux enfants et adolescents « à risque » pour les troubles dépressifs ou à leurs familles, essentiellement basées sur des techniques cognitivo-comportementales, n'ont pas fait l'objet d'études dans le contexte français. L'adaptation et l'évaluation de programmes déjà existants seraient un préalable utile ; le développement de programmes originaux demande, quant à lui, le développement d'un axe de recherche clinique spécifique.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRAMSON LY, SELIGMAN MEP, TEASDALE J. Learned helplessness in humans : critique and reformulation. *J Abnorm Psychol* 1978, **87** : 49-74
- ABRAMSON LY, METALSKY GI, ALLOY LB. Hopelessness depression : a theory-based subtype of depression. *Psychological Rev* 1989, **96** : 358-372
- ACHENBACH TM, CONNERS CK, QUAY HC, VERHULST FC, HOWELL CT. Replication of empirically derived syndromes as a basis for taxonomy of child/adolescent psychopathology. *J Abnorm Child Psychol* 1989, **17** : 299-323
- AKISKAL HS, MALLYA G. Criteria for the soft bipolar spectrum : treatment implications. *Psychopharmacol Bull* 1987, **23** : 68-73
- AKISKAL HS, AKISKAL K. Cyclothymic, hyperthymic and depressive temperaments as subaffective variants of mood disorders. In : American Psychiatric Press Review of Psychiatry. TASSMAN A, RIBA MB eds, American Psychiatric Press, Washington DC, 1992, **11** : 43-62

- AKISKAL HS. Temperament, personality and depression. In : Research in mood disorders : an update. HIPPIUS S, STEFANIS C eds, (Report of an international symposium held in Kraepelin's library, Nervenlinik der Universität München, Germany), Hogrefe and Huber publishers, Göttingen, 1994
- ANDERSON JC, WILLIAMS S, MCGEE R. DSM-III disorders in preadolescent children : prevalence in a large sample from general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987, **44** : 69-76
- ANDREWS JA, LEWINSOHN PM. Suicidal attempts among older adolescents : prevalence and co-occurrence with psychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 665-662
- ANDREWS B, BROWN GW. Self-esteem and vulnerability to depression : the concurrent validity of interview and questionnaire measures. *J Abnorm Psychol* 1993, **102** : 565-572
- ANGOLD A. Childhood and adolescent depression. II : Research in clinical populations. *Br J Psychiatry* 1988, **153** : 476-492
- ANGOLD A, COSTELLO EJ. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 39-48
- APA (American Psychiatric Association). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Association, Washington DC, 1994. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e édition. Traduction française par GUELFY et coll., Masson, Paris, 1996
- ARMSDEN GC, MCCAULEY E, GREENBERG MT, BURKE PM, MITCHELL JR. Parent and peer attachment in early adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol* 1990, **18** : 683-697
- ASARNOW JR, CARLSON GA. Depression self-rating scale : utility with child psychiatric inpatients. *J Consult Clin Psychol* 1985, **53** : 491-499
- ASARNOW JR, BATES S. Depression in child psychiatric inpatients : cognition and attributional patterns. *J Abnorm Child Psychol* 1988, **16** : 29-44
- ARO H. Risk and protective factors in depression : a developmental perspective. *Acta Psychiatr Scand* 1994, **377** : 59-64
- BAILLY D, ALEXANDRE JY, COLLINET C. Utilisation de la CES-D chez l'adolescent ; résultats préliminaires. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1992a, **40** : 486-496
- BAILLY D, BEUSCART R, COLLINET C, ALEXANDRE JY, PARQUET PJ. Sex differences in the manifestations of depression in young people. A study of french high school students - Part I : prevalence and clinical data. *Eur Child Adolescent Psychiatr* 1992b, **1** : 135-145
- BAILLY D. Le diagnostic de dépression chez l'enfant et l'adolescent : un problème résolu ? *Dépression* 1996, **2** : 13-16
- BARNETT PA, GOTLIB IH. Psychosocial functioning and depression : distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. *Psychological Bull* 1988, **104** : 97-126
- BARRERA M, GARRISON-JONES CV. Properties of the Beck Depression Inventory as a screening instrument for adolescent depression. *J Abnorm Child Psychol* 1988, **16** : 263-273

- BEARDSLEE WR, SALT P, PORTERFIELD K, ROTHBERG PC, VANDERVELDE P et coll. Comparison of preventive interventions for families with parental affective disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 254-263
- BEARDSLEE WR, KELLER MB, SEIFER R, LAVORI PW, STALEY J et coll. Prediction of adolescent affective disorder : effects of prior parental affective disorders and child psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, **35** : 279-288
- BECK AT, WARD CH, MENDELSON M et coll. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961, **4** : 561-571
- BECK AT. Cognitive therapy of depression : new perspectives. In : Treatment of depression : old controversies and new approaches. CLAYTON PJ, BARRETT eds, Raven Press, New York, 1983 : 265-290
- BECK AT, STEER RA, BROWN GK. Manual for Beck Depression Inventory-II. Psychological Corporation, San Antonio TX, 1996
- BIEDERMAN J, FARAONE SV, MICK E, WOZNIAK J, CHEN L et coll. Attention-deficit hyperactivity disorder and juvenile mania : an overlooked comorbidity ? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, **35** : 997-1008
- BIRD HR, CANINO G, RUBIO-STIPEC M, GOULD MS, RIBERA J et coll. Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 1988, **45** : 1120-1126
- BOWLBY J. Loss, sadness and depression. Basic, New York, 1980
- BRENT DA, PERPER JA, MORITZ G LIOTUS L, SCWEERS J et coll. Psychiatric risk factors for adolescent suicide : a case-control study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 11-16
- BUSS AH, PLOMIN R. Temperament : early developing temperament traits. HILLSDALE NJ : Erlbaum. Ass. 1984
- CARLSON GA, CANTWELL D. A survey of depressive symptoms in a child and adolescent psychiatric population. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1979, **18** : 587-599
- CARLSON GA, KASHANI JH. Phenomenology of major depression from childhood to adulthood : analysis of three studies. *Am J Psychiatr* 1988, **145** : 1222-1225
- CASPI A, MAFFITT TE, NEWMAN DL, SILVA PA. Behavioral observations at 3 years predict adult psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1996, **53** : 1033-1039
- CHAMBERS W, PUIG-ANTICH J, HIRSCH M, PAEZ P, AMBROSINI PJ et coll. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interview : test-retest reliability of the Kiddie-SADS-P. *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 696-702
- CLARKE GN, LEWINSOHN PM, HOPS H. Instructors manual for the Adolescent Coping with Depression Course. Castalia Press, Eugene OR, 1990
- CLARKE GN, HAWKINS W, MURPHY M, SHEEBER LB, LEWINSOHN PM, SEELEY JR. Targeted prevention of unipolar depressive disorder in at-risk sample of high school adolescents : a randomized trial of a group cognitive intervention. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 312-321
- COHEN P, COHEN J, BROOK JS. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence : 2. Persistence of disorders. *J Child Psychol Psychiatry* 1993, **34** : 868-883

- COLE DA, TURNER JE. Models of cognitive mediation and moderation in child depression. *J Abnorm Psychol* 1993, **102** : 271-281
- COSTELLO EJ, ANGOLD A. Scales to assess child and adolescent depression : checklists, screens and nets. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, **27** : 726-737
- DOWNEY G, COYNE JC. Children of depressed parents : an integrative review. *Psychol Bull* 1990, **108** : 50-76
- DOYEN C, MOUREN-SIMEONI MC, DUGAS M. Facteurs psychosociaux dans la dépression de l'enfant et de l'adolescent. In : Les Dépressions de l'enfant et de l'adolescent : faits et questions. MOUREN-SIMEONI MC, KLEIN RG eds, Expansion Scientifique Publications, Paris 1997 : 270-291
- DUGAS M. Trouble dépressif majeur et psychopathologie du développement. In : Les Dépressions de l'enfant et de l'adolescent : faits et questions. MOUREN-SIMEONI MC, KLEIN RG eds, Expansion scientifique publications, Paris, 1997 : 7-54
- DUMAS JE. Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Ouvertures psychologiques. De Boeck et Larcier, De Boeck Université, Paris Bruxelles, 1999
- FAULSTICH M, CAREY M, RUGGIERO M, ENYATT P, GRESHAM F. Assessment of depression in childhood and adolescence : an evaluation of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale for Children (CES-DC). *Am J Psychiatry* 1986, **143** : 1024-1027
- FAMULARO R, KINSCHEREFF R, FENTON T. Psychiatric diagnoses of maltreated children : preliminary findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 863-867
- FAVA M, ALPERT JE, BORUS JS, NIERENBERG AA, PAVA JA, ROSENBAUM JF. Patterns of personality disorder comorbidity in early-onset versus late-onset major depression. *Am J Psychiatry* 1996, **153** : 1308-1312
- FERRO T, CARLSON GA, GRAYSON P, KLEIN DN. Depressive disorders : distinctions in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 664-670
- FOMBONNE E, WOSTEAR G, COOPER V et coll. The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression : I. Psychiatric outcomes in adulthood. *Br J Psychiatry* 2001, **179** : 201-217
- FRIEDMAN RJ, BUTLER LF. Development and evaluation of a test battery to assess childhood depression. Final Report to Health and Welfare. Canada, project 606, 1979 : 1533-1544,
- GARBER J, KRISS MR, KOCH M, LINDHOLM L. Recurrent depression in adolescents : a follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, **27** : 49-54
- GARRISON CZ, ADDY CL, JACKSON KL, MCKEOWN RE, WALLER JL. Major depressive disorder and dysthymia in young adolescents. *Am J Epidemiol* 1992, **135** : 792-802
- GELLER B, FOX L, CLARK K. Rate and predictors of prepubertal bipolarity during follow-up of 6 to 12 years old depressed children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 461-468
- GELLER B, LUBY JL. Child and adolescent bipolar disorder : a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 1168-1176
- GIACONIA RM, REINHERZ HZ, SILVERMAN AB, PAKIZ B, FROA AK, COHEN E. Ages of onset of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry* 1994, **33** : 706-717

- GOODMAN SH, SCHWAB-STONE M, LAHEY BB, SHAFFER D, JENSEN PS. Major Depression and Dysthymia in children and adolescents : discriminant validity and differential consequences in a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 761-770
- GOODYER I, WRIGHT C, ALTHAM P. The friendships and recent life events of anxious and depressed school-age children. *Br J Psychiatry* 1990, **156** : 689-698
- GOODYER I, ASHBY L, ALTHAM PL, VIZE C, COOPER PJ. Temperament and major depression in 11 to 16 years olds. *J Child Psychol Psychiatry* 1993, **34** : 1409-1423
- GOODYER IM. Life events and difficulties : their nature and effects. In : *The Depressed Child and adolescent : developmental and clinical perspectives*. GOODYER IM ed, Cambridge University Press, Cambridge, 1995 : 171-93
- HAMMEN C, MARKS T, DEMAYO R, MAYOL A. Self-schemas and vulnerability to specific life stress in children at risk for depression. *Cognitive Therapy Research* 1990, **14** : 215-227
- HAMMEN C, RUDOLPH KD. Childhood depression. In : *Child Psychopathology*. MASH EJ, BARKLEY RA eds, Guilford Press, New York, 1996
- HANTOUCHE EG, AKISKAL HS. Outils d'évaluation clinique des tempéraments affectifs. *Encéphale* 1997, **23** : 27-34
- HARTER S, MAROLD DB, WHITESELL NR. Model of psychosocial risk factors leading to suicidal ideation in young adolescents. *Devel Psychopathology* 1992, **4** : 167-188
- HERJANIC B, CAMPBELL W. Differentiating psychiatrically disturbed children on the basis of a structured interview. *J Abnorm Child Psychol* 1977, **5** : 127-134
- HODGES K, MCKNEW D, CYTRYN L, STERN L, KLINE J. The Child Assessment Schedule (CAS) diagnostic interview : a report on reliability and validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1982, **21** : 468-473
- HODGES K, SAUNDERS WB, KASHANI J, HAMLETT K, THOMPSON RJ. Internal consistency of DSM-III diagnoses using the symptom scales of the Child Assessment Schedule. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, **29** : 635-641
- HOFER MA. Hidden regulators in attachment, separation and loss. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 1994, **59** (2-3, serial No. 240) : 192-207
- JAYCOX LH, REIVICH KJ, GILLHAM J, SELIGMAN MEP. Prevention of depressive symptoms in school children. *Behav Res Ther* 1994, **32** : 801-816
- JOHNSON J, WEISSMAN MM, KLERMAN GL. Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. *JAMA* 1992, **267** : 1478-1483
- JOINER TE, WAGNER KD. Attributional style and depression in children and adolescents : a meta-analytic review. *Child Psychol Rev* 1995, **15** : 777-789
- KASHANI JH, SHERMAN DD, PARKER DR, REID JC. Utility of the Beck Depression Inventory with clinic-referred adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, **29** : 278-282
- KASHANI JH, ALLAN WD, BECK NC JR, BLEDSOE Y, REID JC. Dysthymic disorder in clinically referred preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 1426-1433

- KAUFMAN J, BIRMAHER B, BRENT D, RAO U, FLYNN C et coll. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) : initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 980-988
- KELLER MB, LAVORI PW, BEARDSLEE WR, WUNDER J, RYAN N. Depression in children and adolescents : new data on undertreatment and a literature review on the efficacy of available treatments. *J Affect Disord* 1991, **21** : 163-171
- KELVIN RG, GOODYER IM, ALTHAM PME. Temperament and psychopathology amongst siblings of probands with depressive and anxiety disorders. *J Child Psychol Psychiatr* 1996, **37** : 543-550
- KENT L, VOSTANIS P, FEEHAN C. Detection of major and minor depression in children and adolescents : evaluation of the Mood and Feelings Questionnaire. *J Child Psychol Psychiatry* 1997, **38** : 565-573
- KLEIN DN, TAYLOR EB, DICKSTEIN S, HARDING K. The early late onset distinction in DSM-III-R dysthymia. *J Affect Disord* 1988, **14** : 25-33
- KLEIN RG. Maladies dépressives de l'adolescent. In : Les Maladies dépressives. OLIE JP, POIRIER MF, LOO H eds, Flammarion, Paris, 1995 : 25-31
- KLEIN RG. Dépressions atypiques chez l'adolescent. In : Les Dépressions de l'enfant et de l'adolescent : faits et questions. MOUREN SIMEONI MC, KLEIN RG eds, Expansion Scientifique Publications, 1997 : 80-84
- KOVACS M. The Interview Schedule for Children (ISC). *Psychopharmacol Bull* 1985, **21** : 991-994
- KOVACS M. Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, **35** : 705-715
- KOVACS M. Comorbidité dans la dépression. In : Les Dépressions chez l'enfant et l'adolescent. Faits et questions. MOUREN-SIMEONI MC, KLEIN RG eds, Expansion Scientifique Publications, Paris, 1997 : 130-43
- KOVACS M, BECK AT. An empirical clinical approach towards definition of childhood depression. In : Depression in childhood : diagnosis, treatment and conceptual models. SCHULTERBRANDT JG, RASKIN A eds, Raven Press, New York, 1977 : 1-25
- KOVACS M, FEINBERG TL, CROUSE-NOVAK MA. Depressive disorders in childhood. I. A longitudinal prospective study of characteristics and recovery. *Arch Gen Psychiatry* 1984, **41** : 229-237
- KOVACS M, GATSONIS C, POLLOCK M, PARRONE PL. Childhood-onset dysthymic disorder : clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1994, **51** : 365-374
- LEWINSOHN PM. A behavioral approach to depression. In : The Psychology of depression : contemporary theory and research. FRIEDMAN R, KATZ eds, Winston-Wiley, Washington DC, 1974 : 157-185
- LEWINSOHN PM, HOBERMAN HM, ROSENBAUM M. A prospective study of risk factors for unipolar depression. *J Abnorm Psychol* 1988, **97** : 251-264
- LEWINSOHN PM, ROHDE P, SEELEY JR, HOPS H. Comorbidity of unipolar depression : I. Major depression with dysthymia. *J Abnorm Psychol* 1991, **100** : 205-213

- LEWINSOHN PM, HOPS H, ROBERTS RE, SEELEY JR, ANDREWS JA et coll. Adolescent psychopathology : I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students. *J Abnorm Psychol* 1993, **102** : 133-144
- LIVINGSTON R, BACHA HS. Psychotic symptoms and suicidal behavior in hospitalized children. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 1585-1586
- MANZANO J, SALVADOR A. Antecedents of severe affective (mood) disorders : patients examined as children or adolescents and as adults. *Acta Pedopsychiatrica* 1993, **56** : 11-18
- MCGEE R, FREEHAN M, WILLIAMS S, PARTRIDGE F, SILVA PA, KELLY J. DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, **29** : 611-619
- MERIKANGAS KR, WEISSMAN MM, PRUSOFF BA, JOHN K. Assortative mating, social adjustment and course of illness in primary affective disorders : psychopathology in offspring. *Psychiatry* 1988, **51** : 48-57
- METALSKY GI, JOINER TE, HARDIN TS, ABRAMSON LY. Depressive reactions to failure in a naturalistic setting : a test of the hopelessness and self-esteem theories of depression. *J Abnorm Psychol* 1993, **102** : 101-109
- MISES R, FORTINEAU J, JEAMMET P, LANG JL, MAZET P et coll. A french classification of mental disorders in children and adolescents. *Psychiatr Enfant* 1988, **31** : 67-134
- MITCHELL J, MCCAULEY E, BURKE M, MOSS SJ. Phenomenology of depression in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, **27** : 12-20
- ORVASCHEL H. Early-onset psychiatric disorder in high-risk children and increased family morbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, **29** : 184-188
- PARKER G, HADZI-PAVLOVIC D, GREEWALD S, WEISSMAN M. Low parental care as a risk factor to lifetime depression in a community sample. *J Aff Disord* 1995, **33** : 173-180
- PATTEN SB. The loss of a parent during childhood as a risk factor for depression. *Can J Psychiatry* 1991, **36** : 706-711
- PUIG-ANTICH J, CHAMBERS W. The Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children. New York State Psychiatric Institute, New York, 1978
- PURPER-OUAKIL D, GUELFY JD. Traits de personnalité prémorbides aux troubles de l'humeur. In : *Personnalité et troubles de l'humeur*. GUELFY JD, CORRUBLE E, DURET C, PHAM-SCOTTEZ A, PURPER-OUAKIL D eds, *Références en psychiatrie*, Doin Initiatives santé, 1999
- RADLOFF LS, LOCKE BZ. The community mental health assessment survey and the CES-D scale. In : *Community surveys of psychiatric disorders*. WEISSMAN M, MEYER JK, ROSS CF eds, Rutgers University Press, New Brunswick, 1986 : 177-189
- RENDE RD. Longitudinal relations between temperament traits and behavioral syndromes in middle childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 287-290
- ROBERTS RE. Epidemiological issues in measuring preventive effects. In : *Depression prevention : research directions*. MUNOZ RF ed. Hemisphere, New York, 1987 : 45-68
- ROBERTS RE, ANDREWS JA, LEWINSOHN PM, HOPS H. Assessment of depression in adolescents using the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale. *J Consult Clin Psychol* 1990, **2** : 122-128

- ROBERTS RE, LEWINSOHN PM, SEELEY JR. Screening for adolescent depression : a comparison of depression scales. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 58-66
- ROBERTS RE, LEWINSOHN PM, SEELEY JR. Symptoms of DSM-III-R major depression in adolescence : evidence from an epidemiological survey. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 1608-1617
- ROBINSON CJ. Personality-event teraction models of depression. *Eur J Psychiatry* 1995, **9** : 367-378
- ROSENTHAL NE, SACK DA, GILLIN JC, LEWY AJ et coll. Seasonal affective disorder : a description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry* 1984, **41** : 72-80
- ROTHBART MK, AHADI SA. Temperament and the developement of personality. *J Abnorm Psychol* 1995, **103** : 55-66
- ROTTER JB. Generalized expectancies for internal *versus* external control of reinforcement. *Psychol Monogr Gen Appl* 1966, **80** : 1-28
- RUDOLPH KD, HAMMEN C, BURGE D. Interpersonal functioning and depressive symptoms in childhood : addressing the issues of specificity and comorbidity. *J Abnorm Child Psychol* 1994, **22** : 355-371
- RUDOLPH KD, HAMMEN C, BURGE D. A cognitive-interpersonal approach to depressive symptoms in preadolescent children. *J Abnorm Child Psychol* 1997, **25** : 33-45
- RYAN ND, PUIG-ANTICH J, AMBROSINI P, RABINOVICH H, ROBINSON D et coll. The clinical picture of major depression in children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1987, **44** : 854-861
- SELIGMAN MEP, OVERMAIER JB. Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *J Comp Physiol Psychol* 1967, **63** : 28
- SHAFFER D, SCHWAB-STONE M, FISHER P, COHEN P, PIACENTINI J et coll. The Diagnostic interview schedule for children-revised version (DISC-R) : results of a field trial and proposals for a new instrument (DISC-2), National Institute for Mental Health, Division of epidemiology, Washington DC, 1988
- STAVRAKAKI C, WILLIAMS EC, WALKER S, ROBERTS N. Pilot study of anxiety and depression in prepubertal children. *Can J Psychiatry* 1991, **36** : 332-338
- STEER RA, KUMAR G, RANIERI WF, BECK AT. Use of the Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric outpatients. *J Psychopathol Behav Assess* 1998, **20** : 127-137
- STROBER M, GREEN J, CARLSON G. Utility of the Beck Depression Inventory with psychiatrically hospitalized adolescents. *J Consult Clin Psychol* 1981, **49** : 482-483
- STROBER M, LAMPERT C, SCHMIDT S, MORRELL W. The course of major depressive disorder in adolescence I : recovery and risk of manic switching in a follow-up of psychotic and non psychotic subtypes. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 34-42
- VALLA JP, BERGERON L, SMOLLA N. The Dominic-R : a pictorial interview for 6 to 11-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 85-93

VANTALON V, GOURION D, MOUREN-SIMEONI MC. Les Troubles dépressifs chez l'enfant : état des connaissances cliniques, épidémiologiques et thérapeutiques. Références en psychiatrie, Doin éditeurs, Paris, 1999

VARANKA TM, WELLER RA, WELLER EB, FRISTAD MA. Lithium treatment of manic episodes with psychotic features in prepubertal children. *Am J Psychiatry* 1988, **145** : 1557-1559

WARNER V, MUFSON L, WEISSMAN MM. Offspring at high and low risk for depression and anxiety : mechanisms of psychiatric disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 786-796

WEISS B, NURCOMBE B. Age, clinical severity, and the differentiation of depressive symptomatology : a test of the orthogenetic hypothesis. *Dev Psychopathol* 1992, **4** : 115-126

WEISSMAN MM, WARNER V, WICKRAMARMATNE P, PRUSOFF BA. Early-onset depression in parents and their children. *J Affect Disord* 1988, **15** : 269-277

WEISSMAN MM, FENDRICH M, WARNER V, WICKRAMARMATNE P. Incidence of psychiatric disorder in offspring at high and low risk for depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 640-648

WEISSMAN MM, WOLK S, GOLDSTEIN BB, MOREAU D, ADAMS P et coll. Depressed adolescents grown up. *JAMA* 1999, **281** : 1707-1713

WELLER EB, WELLER RA, FRISTAD MA. Bipolar disorder in children : misdiagnosis, underdiagnosis, and future directions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 709-714

WELLER EB, WELLER RA, FRISTAD MA, ROONEY MT, SCHECTER J. Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 76-84

WHO (World Health Organization). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders : diagnostic criteria for research. Geneva, 1992. CIM-10/ICD-10, troubles mentaux et troubles du comportement : critères diagnostiques pour la recherche. Traduction française par PULL et coll., Masson, Paris, 1994

WINDLE M. Temperament and social support in adolescence : interrelations with depressive symptoms and delinquent behaviors. *J Youth Adolescence* 1992, **21** : 1-21

WOZNIAK J, BIEDERMAN J, MUNDY E, MENNIN D, FARAONE SV. A pilot study of childhood-onset mania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 1577-1583