



Année 2017

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Diane Defresne

Né(e) le 01/08/1987 à VERSAILLES (78)

Le Phénomène de « dépressivité » et ses liens avec la dépression à l'adolescence

Etude clinique d'une population d'adolescents consultant dans un centre médico psychologique et d'une population témoin de lycéens

Présentée et soutenue publiquement le **05/10/2017** devant un jury composé de :

Président du Jury : Monsieur le Professeur Nicolas BALLON

Membres du Jury :

Madame la Professeure Frédérique BONNET BRILHAULT,

Monsieur le Professeur Nicolas BALLON,

Monsieur le Professeur Philippe DUVERGER,

Monsieur le Docteur Xavier ANGIBAULT

Monsieur le Docteur Pascal LENOIR,

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr. Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972
Pr. André GOUAZÉ - 1972-1994
Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN
Pr. Noël HUTEN
Pr. Olivier LE FLOCH
Pr. Yvon LEBRANCHU
Pr. Elisabeth LECA
Pr. Gérard LORETTE
Pr. Roland QUENTIN
Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe.....	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry.....	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier.....	Urologie
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence

LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent.....	Dermato-vénérologie
MAILLOT François.....	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi.....	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique.....	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINTE-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien..... Soins palliatifs
POTIER Alain..... Médecine Générale
ROBERT Jean..... Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David.....	Physiologie
BARBIER Louise.....	Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne.....	Cardiologie
BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON Antoine.....	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille.....	Immunologie
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice.....	Physiologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
SAMIMI Mahtab.....	Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess.....	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse.....	Médecine Générale
LEMOINE Maël.....	Philosophie
MONJAUZE Cécile.....	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

RAOUL William.....Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
SI TAHAR Mustapha.....Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE ClaireOrthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....Praticien Hospitalier
MONDON Karl.....Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle.....Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle.....Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....Praticien Hospitalier

Remerciements :

A l'ensemble de mon jury de thèse, à mes Maîtres:

A Monsieur le Professeur Nicolas BALLON

Professeur des Universités en Psychiatrie-Addictologie à la Faculté de Médecine de Tours,
Chef de service au pôle hospitalo-universitaire de Psychiatrie du CHRU de Tours.

Vous me faites l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse.

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement théorique.

Je vous remercie également pour votre soutien et votre écoute bienveillante tout au cours de mon internat.

Veillez trouver ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A Madame la Professeure Frédérique BONNET BRILHAULT,

Professeur des universités en physiologie à la faculté de médecine de Tours,
Chef de service du centre universitaire de pédopsychiatrie et du centre de ressource autisme du
CHRU de Tours.

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury.

Je vous remercie pour les enseignements précieux dont j'ai pu bénéficier au cours de mes études et votre accompagnement bienveillant.

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon avenir professionnel et pour votre aide.

Veillez trouver ici, Madame la Professeure, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

A Monsieur le Professeur DUVERGER,

Professeur des universités en pédopsychiatrie de la faculté de médecine d'Angers,
Responsable médical du service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent au CHU d'Angers,
Coordonnateur interrégional du DESC de pédopsychiatrie

Vous me faites l'honneur de juger ce travail.

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ma thèse.

Veillez accepter mes sentiments respectueux et mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur Pascal LENOIR,

Praticien hospitalier, pédopsychiatre des hôpitaux au centre Oreste, service de psychologie clinique
de l'adolescence du centre hospitalier du Chinonais.

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury,

Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet, et d'avoir accepté de diriger ce travail.

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre encadrement, la pertinence de vos conseils et votre gentillesse.

Soyez assuré de ma reconnaissance et du sincère plaisir de vous avoir côtoyé.

A Monsieur Xavier ANGIBAUT

Praticien hospitalier, pédopsychiatre des hôpitaux au centre Oreste, service de psychologie clinique
de l'adolescence du centre hospitalier du Chinonais.

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury,

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ma thèse, et pour votre participation.

Veillez trouver ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

Je remercie chaleureusement :

Madame Sylvie Roux , *Je vous remercie pour votre gentillesse, votre disponibilité et votre aide dans la rédaction de cette thèse.*

A toute l'équipe du Centre Oreste, *je vous remercie pour votre aide et votre participation à ce travail.*

A toutes les équipes que j'ai côtoyé durant mon internat et qui ont contribué à me former :

A toute l'équipe de la CPU ado, Dr Fillatre, Dr Rufin, Dr Morlec, Gilles, Dominique, Laurence, Aurore, Gwenaëlle, Anne, Joëlle, Delphine, Camille, Quentin, Lætitia, Catherine, Caroline.

A tous les médecins de psychiatrie D (Dr Graux, Dr Cognet, Dr Barbe, Dr Bray, Dr Berthe), et à l'équipe soignante de psychiatrie D.

A tous les médecins du CMP de Clocheville (Dr Bodier, Dr Ferrer Catala, Dr Perrot), et à l'équipe.

A tous les pédopsychiatre de Blois (Dr Henin, Dr Petit, Dr Ribreau), à toute l'équipe soignante.

A tous les médecins du Centre Louis Sevestre (Dr Gabriel, Dr Husson , Dr Yarko, Dr Frammery), à Chloé et a toute l'équipe.

A tous les médecins de psychiatrie A (Dr Gaillard, Dr Guillot) et à l'équipe soignante.

A tous les médecins des urgences psychiatriques (Dr Dubois, Dr Laborderie, Dr Lemercier, Dr Lemarchand) et à l'équipe (Arnaud, Alexandra, Léa, Batiste, Yann, Rémi, Marie, Jean Batiste, Valérie, Noélie, Julia, Sandrine, Petrouche et Chantal)

A toute l'équipe médicale (Dr Paris, Dr Lochard, Dr Donneau, Dr Ferry) et soignante de Dreux

Je vous dis à tous un grand merci.

Je remercie également ma famille :

A ma mère, je te remercie pour ton soutien et ton encouragement tout au long de ces années de médecine. Je te remercie pour ton amour et ta confiance qui m'ont donné la force d'aller aussi loin.

A mon père, sans qui j'aurais perdu pied dans les moments difficiles. Je te remercie pour ton amour et ta bienveillance.

A Benoît, mon compagnon, je te remercie de ton amour inconditionnel qui me rend chaque jour de plus en plus heureuse. Je te remercie de m'avoir redonné espoir, de m'avoir soutenu, et de ta participation à ce travail.

A mes deux sœurs, que j'aime plus que tout, et dont je suis très fière.

A ma grand mère, de qui je tiens mon caractère.

A Marc, je te remercie pour ta participation à la relecture de mon travail, pour ta bienveillance et ta générosité.

A mon beau père, qui par ses grandes connaissances à su m'apporter son aide dans la rédaction de ce travail.

A ma belle famille, avec qui je passe d'agréables moments et de qui j'ai encore plein de chose à apprendre. Je remercie Véronique, Romain, Delphine, Gatien , Odile.

A mes amis, je remercie Thibault, Céline, Marianne, Valentine, David et Naim , qui m'ont aidé à traverser ces années de médecine.

A tous les membres de ma famille, Simone et Paul, Maurice (pépé), Béatrice et Jacques, Geneviève et Alain, Sophie et Gérard, Maurice et Martine, Gilbert et Aline, Claudine et Gilles, Gérard et Clo., Jean Pierre et Anne, Sébastien, Sandrine, Fabien, Marie et Sophie, Lucie, Valentin, Steeve, David, Claire, Muriel, Camille, Marine, Anne, Élodie, Hélène, Arthur, Nicolas, Charles, François.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

RESUME

Introduction : L'adolescence est une période de vulnérabilité liée à de nombreux changements biologiques et physiologiques. La dépression de l'adolescence est sous diagnostiquée à cause d'une grande variabilité des manifestations cliniques. Néanmoins il est important de la dépister précocement, afin de prendre en compte les risques suicidaires et les risques évolutifs vers d'autres pathologies psychiatriques.

Objectif : Après l'avoir défini, nous proposons d'évaluer le phénomène de « dépressivité » qui peut être normal à l'adolescence en le mettant en perspective avec la dépression avérée à cet âge. Nous avons choisi d'étudier et de décrire ce phénomène au sein d'une population clinique d'adolescents en souffrance psychologique consultant en ambulatoire en la comparant avec une population témoin de lycéens. Nous avons ensuite cherché à savoir s'il existe un continuum purement dimensionnel entre « dépressivité » et dépression ou s'il y a des spécificités pour ces deux entités.

Méthodologie : Dans un premier temps nous avons construit une échelle de « dépressivité » sous forme d'un auto questionnaire à 16 items en nous appuyant sur les dimensions cliniques et psychopathologiques de la souffrance psychologique à l'adolescence. Nous avons regroupé les items en 7 grandes catégories. Nous avons ensuite proposé cette même échelle et l'échelle KADS de Kutcher à 6 items qui dépiste la dépression à l'adolescence, à deux populations : une population de 93 lycéens tout-venants et une population clinique de 57 adolescents consultant au centre Oreste. L'étude s'est déroulée de novembre 2016 à avril 2017. Le traitement statistique a utilisé les tests du chi 2 et de Mann-Whitney ainsi qu'une analyse en composantes principales pour étudier la structure factorielle de l'échelle de « dépressivité », déterminer le couple sensibilité/ spécificité, et comparer la dépression et le phénomène de « dépressivité » à travers ces deux échelles.

Résultat : L'âge moyen de la population étudiée était de 15,8 ans, avec une quasi-parité garçon/fille pour la population lycéenne et une majorité de filles pour la population clinique. Après avoir corrélé les deux échelles d'évaluation, nous avons trouvé un seuil de positivité à 11 pour l'échelle de « dépressivité » avec une sensibilité à 86% et une spécificité à 73%. Un diagnostic de dépression par l'échelle de la KADS a été retrouvé chez 16% des lycéens et 72% des adolescents du centre Oreste. L'étude a aussi montré une tendance à la « dépressivité » chez 14,6% de la population totale avec une répartition quasi-équitable dans les deux groupes (45,5% dans le groupe Oreste et 54,5% dans le groupe témoin). Concernant la comparaison entre le diagnostic CIM10 et le score à l'échelle de la KADS dans le groupe Oreste, on retrouve 100% de KADS positive pour les troubles dépressifs, 75% pour les troubles de l'adaptation et 64% pour les troubles anxieux. De plus, dans la cotation des items, on remarque une corrélation entre dépression et « dépressivité » pour les items 3, 11, 12, 13, 14, 16, items qui regroupent deux dimensions psychopathologiques de la dépression à l'adolescence (la morosité existentielle et les manifestations corporelles).

Discussion : l'étude montre une cohérence entre les résultats obtenus avec l'échelle de « dépressivité » et ceux de la littérature, ce qui n'est pas le cas pour les résultats de la KADS, probablement en raison d'un seuil trop faible de détection. Par ailleurs, l'étude tend à montrer un continuum entre dépression et « dépressivité ». Cette échelle de « dépressivité » peut donc être utile dans la prise en charge des adolescents, comme outil d'évaluation de leur humeur et dans l'ajustement des conduites thérapeutiques à tenir.

Mots clés : dépressivité, dépression, adolescence, échelle de « dépressivité », morosité

ABSTRACT

Introduction: During adolescence, the adolescent is vulnerable because of biological and physiological changes. Adolescents's depression is under diagnosed due to great variability of clinical manifestations. Nevertheless, it is important to detect it early, to take into account suicidal risks and progressive risks towards other psychiatric pathologies.

Objective: After having defined it, we propose to evaluate the phenomenon of « depressiveness », that can be normal for an adolescent, by putting into perspective the depression known to occur at this age. Thus, in this research, we will study and describe this phenomenon within the control population of high school students compared to the outpatient clinic population. Then we will seek to know if there exists a purely dimensional continuum between «depressiveness» and depression or if there are specificities between these two entities.

Methodology: We first constructed a scale of depressiveness in the form of auto questionnaire with 16 items based on the clinical and psychopathological dimensions of psychological suffering in adolescence. We grouped the items of the scale into 7 major categories. Then we proposed this same scale and the 6-item-KADS scale, which detects depression in adolescence, to two populations: a population of 93 high school students and a clinical population of 57 adolescents consulting at the Oreste center. The study was conducted from November 2016 to April 2017. The statistical treatment used the Chi 2 and Mann Whitney tests as well as a principal component analysis to study the factor structure of the « depressiveness » scale, to determine the sensitivity/ specificity couple, and finally to compare the depression to the « depressiveness » phenomenon through these two scales.

Result : The study was conducted on 15,8-years-old population, with a balanced sex ratio in the high school students but a majority of girls in the Oreste group. After correlating the two scales of evaluation, a threshold of 11 was found for the « depressiveness » scale with a sensibility of 86% and a specificity of 73%. A diagnosis of depression at the KADS scale was found for 16% of high school students and 72% of Oreste center's adolescent's. The study also showed a tendency to « depressiveness » in 14.6% of the total population with a near equitable distribution in both groups (45.5% in the Oreste group and 54.5% in the control group). Concerning the CIM10 comparison and KADS scale score in the Oreste group, 100% KADS was positive in adolescents diagnosed with F32, 75% in F43 and 64% in F40. Moreover, in quotation of items, there is a parallel between depression and « depressiveness » for items 3, 11, 12, 13, 14, 16, items that correspond to two psychopathological dimensions of depression in adolescence (Existential morose and body appearance)

Discussion: The study shows a consistency between the results obtained by the « depressiveness » scale and those of literature. This is not the case for the results of the KADS, probably due to a too low threshold. Moreover, the study tends to demonstrate a continuum between depression and « depressiveness ». This « depressiveness » scale can therefore be useful in the management of adolescents, as a tool for assessing their mood and the adjustment of the therapeutic behavior.

Keywords : depressiveness, depression, adolescence, « depressivity » scale, gloominess

Sommaire

RESUME	12
ABSTRACT.....	13
Introduction.....	17
I. PROCESSUS NORMAL DE L'ADOLESCENCE.....	19
A) DÉVELOPPEMENT COGNITIF.....	19
1. Autonomisation et socialisation de l'adolescent selon Piaget.....	19
2. Processus de maturation cérébrale à l'adolescence.....	19
B) LE TRAVAIL PSYCHIQUE A L'ADOLESCENCE.....	20
1. La puberté.....	20
2. Le phénomène pubertaire.....	21
3. Conséquences.....	24
II. DÉPRESSION A L'ADOLESCENCE.....	25
A) EPIDÉMIOLOGIE.....	25
B) SYMPTOMATOLOGIE DE LA DÉPRESSION.....	26
C) LA DÉPRESSION DE L'ADOLESCENT VERSUS CELLE DE L'ADULTE.....	28
D) LES MODÈLES PSYCHOPATHOLOGIQUE DE LA DÉPRESSION À L'ADOLESCENCE	29
1. Processus dépressif multifactoriel.....	29
2. Le modèle comportemental.....	29
3. Le modèle cognitif.....	29
4. Le modèle psychodynamique.....	30
E) FACTEUR DE RISQUE.....	30
1. Facteurs environnementaux.....	30
2. Facteurs familiaux.....	31
3. Facteurs personnels.....	31
F) COMORBIDITÉ.....	31
G) LE DIAGNOSTIC.....	32
H) EVOLUTION ET PRONOSTIC.....	33
III. DÉPRESSIVITE A L'ADOLESCENCE.....	34
A) HISTOIRE.....	34
B) DEFINITION.....	34
C) EPIDÉMIOLOGIE.....	36
D) CLINIQUE DU PHÉNOMÈNE DE «DÉPRESSIVITE».....	37
1. Caractéristique de la « dépressivité ».....	37
2. Psychopathologie.....	38
3. Symptomatologie.....	39
4. Normal ou pathologique ?.....	40
5. Comorbidité.....	40

E) LES RISQUES D'EVOLUTION VERS UNE DEPRESSION CARACTERISEE.....	41
F) MOYENS THERAPEUTIQUES.....	41
IV. ETUDE CLINIQUE: étude de la « dépressivité » dans une population clinique vs non clinique de novembre à avril 2017.....	44
A) MATERIEL ET METHODE.....	44
1. Objectif du travail de recherche.....	44
2. Description de la méthodologie de l'étude.....	44
a) Procédure d'étude de la population psychiatrique.....	44
b) Procédure d'étude en milieu scolaire.....	45
c) Caractéristiques socio-démographiques.....	46
d) Nombre de participants.....	46
3. Outils de mesure.....	46
a) Construction de l'échelle de « dépressivité ».....	46
b) Caractéristique générale de l'échelle.....	47
c) Construction des items.....	47
d) Sélection de l'échelle de dépression.....	48
e) Diagnostic CIM 10.....	51
4. Analyse statistique.....	51
B) RESULTATS.....	52
1. Analyse descriptive des deux populations pour le sexe et l'âge.....	52
2. Echelle de « dépressivité ».....	52
a) Etude des items.....	52
b) Corrélation de l'échelle de « dépressivité » à la KADS.....	55
c) Recherche de la sensibilité/ spécificité.....	57
d) Analyse descriptive de l'échelle de « dépressivité ».....	58
3. Analyse de la KADS.....	58
4. Dépression et « dépressivité ».....	60
5. Analyse des items.....	61
V. Discussion.....	64
A) DISCUSSION DES RESULTATS.....	64
1. Critères démographiques.....	64
2. Fréquence de la dépression et de la « dépressivité » dans les deux populations.....	65
3. Analyse des items.....	66
4. Relations entre « dépressivité » et dépression.....	67
5. Analyse des diagnostics CIM 10.....	68
B) LES LIMITES DE L'ETUDE.....	69
Conclusion.....	71
Bibliographie.....	72

TABLEAUX , FIGURES ET ANNEXES

<u>Tableau 1</u> : Répartition des sexes des 2 populations.....	52
<u>Tableau 2</u> : Répartition de la positivité à l'échelle de dépressivité en fonction du sexe dans les deux populations (Oreste et témoin).....	58
<u>Tableau 3</u> : Répartition des résultats KADS en fonction du sexe dans le groupe Oreste.....	59
<u>Tableau 4</u> : Répartition des résultats KADS en fonction du sexe dans le groupe « Tout-venant »...	
<u>Tableau 5</u> : Résultats KADS en fonction du diagnostic clinique.....	59
<u>Tableau 6</u> : Résultats KADS en fonction de la présence d'un diagnostic associé.....	67
<u>Tableau 7</u> : Comparaison de la KADS et le d'échelle de « dépressivité »	68
<u>Tableau 8</u> : Scores des items de l'échelle de « dépressivité » (moyenne : de 0 à 2).....	68
<u>Tableau 9</u> : scores des items de l'échelle de « dépressivité » pour les 22 adolescents (dépressivité + / KADS-).....	69
<u>Tableau 10</u> : Scores des items de l'échelle de dépression (KADS) pour les 22 adolescents (« dépressivité » + / KADS-).....	69
<u>Tableau 11</u> : Réponses aux items de l'échelle de « dépressivité » pour les adolescents diagnostiqués F32.....	69
<u>Figure 1</u> : Evolution de la dépressivité chez les jeunes de 1993 à 2003.....	41
<u>Figure 2</u> : Répartition, dans les 2 groupes, des scores pour chaque item de l'échelle de « dépressivité ».....	59
<u>Figure 3</u> : Continuum entre les 2 groupes (Oreste et témoin) pour les scores totaux de l'échelle de dépressivité	61
<u>Figure 4</u> : Corrélation entre l'échelle de dépressivité et la KADS	63
<u>Figure 5</u> : Courbe ROC.....	64
<u>Annexe 1</u> : Echelle de dépressivité.....	78
<u>Annexe 2</u> : Guide d'utilisation.....	79
<u>Annexe 3</u> : Echelle de dépression.....	80
<u>Annexe 4</u> : Cahier des charges.....	81
<u>Annexe 5</u> : Accord de l'Inspection Académique.....	83
<u>Annexe 6</u> : Lettre à destination des parents.....	84

Introduction

Le concept de « dépressivité » a été décrit à plusieurs reprises mais la banalisation de la « crise adolescente » par la société en fait un phénomène mal maîtrisé par la plupart des praticiens. En dépit d'une évolution dans la prise en charge de la dépression chez l'adolescent et de progrès dans leur dépistage, peu d'études analysent et dépistent le phénomène de « dépressivité » à l'adolescence. Néanmoins, beaucoup d'adolescents sont exposés à ce phénomène, il serait donc intéressant d'un point de vue clinique d'en étudier les caractéristiques épidémiologiques et leur retentissement dans la population générale.

Dans la littérature, le phénomène de « dépressivité » est considéré par certains auteurs comme un phénomène normal, se produisant durant le processus de l'adolescence, et qui peut altérer le fonctionnement social, scolaire, relationnel ou familial de l'adolescent. Nous avons donc essayé d'améliorer le dépistage de cet état de « dépressivité », afin de le prendre en charge de manière adaptée.

Cette étude va nous permettre de définir le terme de « dépressivité », puis à l'aide d'une échelle préalablement construite, d'observer les caractéristiques du phénomène de « dépressivité ». Cette échelle pourra alors servir d'outil de dépistage des états de « dépressivité ». Une étude s'appuyant sur cette échelle a été réalisée et les résultats ont permis de comparer la nouvelle échelle dite «de dépressivité» à une échelle de dépression et aux diagnostics des thérapeutes. C'est cette comparaison qui a permis sa validation interne et externe.

Dans cette étude, nous parlerons d'abord du processus normal de l'adolescence et de ses différents remaniements physiques et psychiques consécutifs à la puberté. Pour expliquer ces différentes modifications en lien avec les phénomènes pubertaires, nous avons choisi une approche psychanalytique. Nous verrons ensuite comment, en expliquant les différents temps de maturation cérébrale durant l'adolescence, l'adolescent a encore un raisonnement immature.

La deuxième partie traitera des fondements de la dépression à l'adolescence et de sa spécificité par rapport à la dépression de l'adulte. La description psychopathologique de la dépression adolescente nous laisse percevoir un continuum entre phénomène de « dépressivité » et dépression, l'intensification de la symptomatologie apparaissant progressive et linéaire.

La troisième partie étudie le phénomène de « dépressivité » à travers la psychopathologie décrite dans la littérature, sa symptomatologie et ses comorbidités. La plupart des auteurs, parlent du phénomène de « dépressivité » comme d'un processus normal, adaptatif et transitoire à l'adolescence. Néanmoins, elle traduit une véritable souffrance qui peut, comme on le verra, engendrer des troubles du comportement et des conduites à risques.

La quatrième partie est consacrée à la construction de l'échelle et à la méthodologie de l'étude clinique qui va permettre de définir la problématique, les objectifs et les hypothèses de l'étude. On y expliquera le processus de réalisation de l'échelle, les caractéristiques de la population étudiée, et les techniques de recueil de données.

Enfin, la cinquième partie exposera les résultats de l'étude. Ainsi, je décrirai comment le seuil de positivité a été identifié, j'évoquerai les caractéristiques des deux populations étudiées et les résultats obtenus pour l'échelle de « dépressivité » et la KADS (Kutcher Adolescent Depressive Scale, échelle de dépression de Kutcher).

Je terminerai par une synthèse explicative des résultats de notre étude. J'aborderai également les limites de celle-ci et je clôturerai par les élargissements possibles à cette étude.

I. PROCESSUS NORMAL DE L'ADOLESCENCE

L'adolescence est une période transitoire de croissance et de développement qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte. Cette période commence, selon l'OMS, à l'âge de 10 ans et finit à l'âge de 19 ans. L'âge de début de la puberté ne cesse de diminuer puisqu'à la fin du XIXe siècle, on estimait le début de l'adolescence à 17 ans.

Le terme adolescence vient du latin « adulescens » qui signifie « qui croît, et qui grandit ». Cette période est marquée comme on le verra ci-dessous, par de profondes transformations psychologiques, sociales et biologiques. Elle débute avec l'apparition de la puberté et se termine avec l'acceptation de soi, l'insertion sociale et professionnelle.

Dans cette thèse nous avons choisi de développer l'approche biologique (maturation cognitive, sexuelle et reproductive) et psychanalytique de l'adolescence afin de mieux cerner les enjeux de cette période.

A) DÉVELOPPEMENT COGNITIF

1. Autonomisation et socialisation de l'adolescent selon Piaget

Selon les stades de la théorie de l'intelligence de Piaget [27], le développement cognitif va passer, au moment de l'adolescence, de l'intelligence des opérations concrètes au stade de l'intelligence des opérations formelles. Durant cette étape, l'adolescent est capable de pensées hypothético-déductives, c'est-à-dire qu'il va être en mesure de raisonner sur de simples hypothèses formulées verbalement. L'adolescent peut petit à petit se détacher du concret. Le développement affectif évolue aussi, l'adolescent acquiert une autonomie et est donc capable de construire son avenir, en se forgeant une opinion, appréhendant le réel avec ses nouveaux outils.

2. Processus de maturation cérébrale à l'adolescence

On a observé que le début de la puberté était induit par des changements au niveau neural qui étaient à l'origine de sécrétions hormonales. C'est par conséquent cette cascade hormonale qui va provoquer des modifications cérébrales sur le plan fonctionnel et structurel observées durant l'adolescence. Ces changements affectent principalement les émotions de l'adolescent en pleine puberté, et sont à l'origine de conduites à risque et de recherches de sensations fortes.

A l'adolescence, la maturation concerne l'ensemble du cerveau, la substance blanche va s'accroître et proliférer grâce à l'augmentation de la myélinisation des connexions inter-hémisphériques et cortico-sous-corticales, tandis que la substance grise va réduire de volume en lien avec le phénomène d'élagage synaptique de la matière grise corticale et sous corticale. Cet élagage va aboutir à une perte de la moitié des synapses par neurone (soit 30 000 synapses qui disparaissent par seconde) [47], dans le but d'affiner, et de rendre plus spécifique les fonctions neuronales en finalisant l'arborisation dendritique.

La période de l'adolescence est donc une période développementale durant laquelle s'établissent de nouvelles connexions entre les structures cérébrales afin de favoriser les liens entre processus cognitifs et émotionnels.

La problématique du jeune à l'adolescence est qu'il va devoir vivre avec un corps sexuel mature et des désirs pulsionnels envahissants alors que son système de régulation émotionnel et comportemental est lui immature. La conséquence de ce déséquilibre est que l'adolescent adopte des comportements à risque et est à la recherche de sensations fortes au moment de sa puberté. Par ailleurs, les circuits de la récompense sont moins sensibles à l'adolescence qu'à l'âge adulte. Cela conduit donc l'adolescent à augmenter les stimulations pour obtenir le même plaisir.

A ces caractéristiques anatomiques, s'ajoute une maturation cérébrale qui débute par la zone sous-corticale et s'étend d'arrière en avant. Le cortex frontal est ainsi le dernier à devenir mature, et comme celui-ci est impliqué dans le comportement social, le contrôle des impulsions, cette chronologie de développement peut expliquer la régulation émotionnelle et le comportement immatures à l'adolescence.

B) LE TRAVAIL PSYCHIQUE A L'ADOLESCENCE

1. La puberté

Au moment de la puberté, l'adolescent est soumis à des transformations par l'activation de l'axe hypothalamo-hypophysaire et par la production de testostérone et progestérone [1]. Ces changements pubertaires apparaissent à 11ans pour la fille (+/-2DS) et à 12ans pour le garçon (+/- 2 DS) [3]. La puberté va avoir plusieurs objectifs : l'acceptation de ce nouveau corps sexué, la séparation avec les imagos parentaux et la projection dans l'avenir. C'est la sexualisation du corps et les bouleversements pulsionnels qui vont entraîner la modification de la pensée et du lien à l'autre.

Lors de la puberté, l'adolescent a donc pour but d'accepter les changements pubertaires et de penser son identité sexuelle. Le travail de reconnaissance et de réappropriation de son corps peut engendrer des inquiétudes, des craintes voire une dysmorphophobie. Lors de la construction identitaire, l'adolescent est confronté à la perte (ce qui peut expliquer les affects dépressifs) et à une problématique de séparation-individuation.

Durant cette période, l'adolescent doit aussi s'émanciper de la pensée parentale (seule référence jusque-là) pour acquérir une autonomie psychique. Cependant, dans cette quête d'indépendance, l'adolescent doit faire face à un paradoxe : il doit s'affirmer et trouver son autonomie tout en s'identifiant à ses parents [2]. Pour ce faire, l'adolescent va faire le deuil de son enfance et des imagos parentaux pour se réinvestir et s'identifier à des personnes extérieures (ami, mentor...).

Le travail de recherche de l'idéal du moi (ou la tentative de s'extraire du désir de l'autre) et l'investissement dans de nouvelles relations sociales (extérieures à la famille) permettent à l'adolescent une projection dans l'avenir.

2. Le phénomène pubertaire

Il semble que la sexualité débute bien avant l'adolescence par une sexualité infantile qui se manifeste notamment par des conduites de masturbations. Cette sexualité infantile s'intègre dans un processus développemental décrit par Freud qui est le développement libidinal [36]. Il se compose de plusieurs stades : les stades anal, oral et phallique, suivis d'une période de latence et d'un stade génital qui correspond à la puberté.

A la puberté, les transformations physiologiques permettent une évolution des pulsions libidinales de l'adolescent, avec l'intensification du désir sexuel. Ces pulsions vont être à l'origine de la découverte d'objets sexuels, du primat de la génitalité et de la différenciation des sexes. Ces modifications physiologiques ont des répercussions, tant sur l'imaginaire et le symbolique que sur la réalité.

Selon S. Freud in P. Gutton [40] « avec le commencement de la puberté, apparaissent des transformations qui amèneront la vie sexuelle infantile à sa forme définitive et normale ». Ainsi la pulsion sexuelle va laisser progressivement place à l'objet sexuel que représente autrui et les diverses zones érogènes dans l'enfance (orales, anales, urétrale) vont être remplacées à l'organe sexuel. Les pulsions sexuelles de l'enfance nommées par Freud « pulsions partielles » s'organisent

donc à la puberté pour engendrer la sexualité génitale. C'est l'explosion libidinale, le pic des pulsions génitales qui provoque à l'adolescence une régression vers les pulsions pré-génitales. C'est-à-dire qu'à cette période, on voit réapparaître les fantasmes incestueux de l'enfance et les conflits œdipiens se réactiver. L'adolescent est donc amené à lutter contre ses désirs œdipiens et pour ce faire il va désinvestir ses anciens objets d'amours au profit de nouveaux. Ce travail psychique équivaut à un processus de deuil : il aboutit à l'acceptation de ces changements et à un renoncement à l'enfance.

Cette explosion libidinale fragilise le « Moi dans son rôle de pare-excitation » [50] et expose l'adolescent aux excitations du monde extérieur. Anna Freud nous rappelle que « tout renforcement des exigences pulsionnelles accroît la résistance du Moi à la pulsion... ». L'aboutissement de la puberté reposerait donc sur la bonne tolérance ou non du « Moi » vis-à-vis des pulsions sexuelles. De plus, les mécanismes de défense, mis en place par l'adolescent au cours de la puberté, joueraient aussi un rôle majeur dans le pronostic de l'aboutissement de la puberté.

Nous avons décrit les transformations physiques à la puberté mais il existe aussi des remaniements psychiques qui concernent la psyché, appelés « pubertaires ».

Au moment de l'adolescence, le corps est l'élément pivot, c'est sa transformation, sous l'effet des modifications hormonales de la puberté, qui inaugure sa maturation. Les modifications corporelles sont aussi révélatrices du statut psychique de l'adolescent. Le corps participe intimement à la vie psychique et est un révélateur, un moyen d'expression privilégié utilisé par l'adolescent. En effet, lors des processus d'identification, le corps est sollicité par l'adolescent et mis à l'épreuve. Le corps a une place privilégiée dans l'organisation et l'expression des manifestations psychopathologiques dès lors que l'on parle de problématique identificatoire car il a un double statut d'appartenance : il appartient à la fois au monde psychique interne et à la réalité. En ce sens, le corps fait partie intégrante de la représentation de soi et en même temps il est vu comme un corps étranger par la psyché, puisqu'il échappe à son contrôle et la met en position de passivité. La psyché assiste donc impuissante aux transformations du corps, qu'elle suit mais ne décide pas (les règles, les premières éjaculations, les caractères sexuels secondaires). Il y a dans cet écart psyché/soma, les prémices d'un possible clivage.

Par ailleurs, de par ses changements physiologiques, le corps de l'adolescent va le trahir à plusieurs égards. Ces modifications corporelles sont subies par l'adolescent et échappent au pouvoir de maîtrise du Moi, qui est un des acquis importants de la phase de latence. Le corps n'est donc plus l'écran protecteur derrière lequel l'enfant peut cacher ses pensées et ses désirs, il devient la scène

sur laquelle ses comportements et ses troubles révèlent ses émois et ses désirs les plus intimes. L'adolescent va devoir s'adapter psychiquement à ce débordement pulsionnel.

La puberté conduit à des remaniements psychiques désignés sous le nom de « pubertaire ». Selon Gutton [42], le « pubertaire » serait à la psyché ce que la puberté est au corps.

Le « pubertaire » est théorisé comme un processus rendant compte de la pression des 3 grandes instances psychiques le « Ça », le « Moi » et le « Surmoi », sur le réel biologique de la puberté [43]. C'est-à-dire que le pubertaire interroge les parties refoulées de la psyché et réveille les scènes pubertaires, incestueuses et parricides. Il est donc l'accomplissement des projets fantastiques infantiles, du désir de réalisation de l'inceste qui enfreint les limites du « Moi ».

Le pubertaire va se heurter à la barrière de l'inceste imposée par l'ancrage biologique. En ce point, le corps de l'adolescent est la concrétisation et l'héritage des parents de par ses ressemblances physiques, au point que l'adolescent peut ne plus savoir ce qui lui appartient. A l'adolescence, le corps perd toute familiarité et devient étranger. L'adolescent va devoir réapprendre à aimer, à assimiler l'image de soi, mais aussi à aimer un corps incestueux, porteur des désirs, fruit de l'union des parents. Tous les rites de passage se traduisent par une inscription corporelle violente et douloureuse sur le corps même de l'adolescent qui vient ainsi stigmatiser la coupure avec l'enfance et l'affiliation au groupe des adultes. Ce besoin de réappropriation du corps propre, voire d'auto-engendrement, se traduira dans les marques (modes, tatouages, attributs divers...) que l'adolescent y inscrit et qui signent sa nouvelle appartenance, comme autant de rites à des fins strictement privées ou plus ou moins collectives (bandes, sectes...).

Pour conclure, c'est à l'occasion des mutations qui réorganisent les investissements libidinaux, d'une nouvelle relation aux objets et des identifications qui en découlent, que peuvent se manifester des moments d'allure dépressive, sans réelle gravité parce qu'ils sont l'expression d'un travail psychique de deuil. L'adolescent est incapable de faire face à ces exigences internes ce qui engendre un épisode de « dépressivité ».

3. Conséquences

Nous venons de décrire les différents remaniements qui ont lieu durant la puberté. Le corps prend donc une place majeure pendant cette période car il est à l'interface du biologique et du psychique. Il constitue en fait le support essentiel pour l'adolescent qui doit faire face à un remaniement complexe qui s'articule autour des différentes transformations corporelles, et donc de la perte des repères de l'enfance, de la découverte de la sexualité, de la prise de conscience de la complémentarité des sexes et des modifications des relations interpersonnelles. Tous ces remaniements complexes vont avoir un impact dans différents domaines : l'environnement social, éducatif, familial, amical de l'adolescent.

En effet, les remaniements psychiques et physiques vont impliquer des changements relationnels avec les proches et ainsi créer une redistribution des rôles au sein de la cellule familiale.

L'impact de ces transformations sur le psychisme est considérable, et cela se répercute sur les modes relationnels avec les parents et les amis, sur la modification des intérêts, des préoccupations, sur les changements de comportements, d'humeur, de goûts, sur les choix vestimentaires... Par ailleurs, par la reconnaissance d'une certaine autonomie, l'adolescent va affirmer un statut social qui va changer sa place dans le groupe sociétal et changer le regard que les autres ont sur lui. Tous ces bouleversements peuvent aussi engendrer des comportements auto ou hétéro-destructeurs comme la consommation de drogue, les comportements violents, les fugues, les tentatives de suicide, les conduites anorexiques, etc.

Pour conclure, l'adolescence est un événement unique initié par les processus pubertaires. Durant cette période de changement, l'adolescent va vivre plusieurs remaniements : physique, sexuel, psychologique, cognitif, comportemental, relationnel. Ces changements vont lui permettre de construire sa propre identité d'adulte. Cependant dans certains cas l'adolescent va se réfugier dans la « dépressivité » qui est plutôt vue comme un mécanisme défensif contre toutes ces réorganisations.

II. DEPRESSION A L'ADOLESCENCE

Nous venons de voir que l'adolescence est une période charnière, où l'adolescent est vulnérable, de par les changements biologiques et physiologiques consécutifs à la puberté. Depuis quelques années, la dépression est devenue un sujet d'intérêt, qui touche beaucoup d'adolescents. Elle partage une symptomatologie commune à celle des dépressions de l'adulte et peut évoluer vers des conduites à risque suicidaire, addictive ou vers des pathologies psychiatriques. Cette pathologie va aussi avoir un fort retentissement sur le scolaire et le social d'où l'importance d'une prise en charge adaptée et rapide.

A) EPIDÉMIOLOGIE

La dépression devrait devenir d'ici 2020 la deuxième cause mondiale de maladie chez les adolescents. Une étude de 1999 réalisée par « American Association of Child and Adolescent Psychiatry » [4], indique que la prévalence de la dépression chez les adolescents est de 4-8 % (12-18ans). Cette prévalence serait chez l'enfant inférieure à 1 % puis augmenterait avec la puberté jusqu'à 4-8 %. Une étude canadienne (Wade et al, 2002) [83] a observé que le doublement de la fréquence de dépression caractérisée à l'adolescence se produisait à l'âge de 14ans. Une autre étude de 2003 (Ford et al.) [35] a montré que cette prévalence était de 1,9% chez les jeunes de 13-15 ans et augmentait à 9% à 1 an chez les 16-24ans (New Zealand Mental Health Survey - Wells, 2006) [84].

Sur les données épidémiologiques recensées en 2005 en France, la prévalence d'épisode dépressif caractérisé (EDC) chez un jeune âgé de 15 à 24 ans était de l'ordre de 3,8% sur 1 an et de 12,4% sur toute la vie (avec 8,2 % EDC léger/modéré et 4,2 % EDC sévère) [22].

Si dans l'enfance les taux de prévalence entre les deux sexes sont identiques au moment de l'adolescence, les filles sont souvent plus déprimées avec un « sex ratio » de 2/1. Dans une enquête de 2005 de l'ANAPED [21], la prévalence des épisodes dépressifs majeurs pour des adolescents de 15-19 ans était de 2 % chez les garçons et de 9% chez les filles. Cette tendance est confirmée par l'enquête Baromètre Santé 2005 [10] qui a analysé cette prévalence pendant une durée d'1 an auprès de 1125 adolescents de 15 à 19 ans. Cette dernière était de 4% chez les garçons et 10% chez les filles.

Cependant il est probable que ces chiffres soient sous-estimés du fait que les troubles de l'humeur ont été pendant longtemps sous-diagnostiqués dans la population adolescente. Ceci peut être expliqué d'une part par une prise en compte partielle des différentes formes de troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur, dysphorie, phénomène de « dépressivité » et dépression masquée...). D'autre part, les troubles du comportement des adolescents (tels que les fugues, l'école buissonnière ou une conduite délinquante...) peuvent masquer un phénomène de « dépressivité ». C'est cette variabilité dans la forme que peut avoir la dépression et le caractère évolutif de l'adolescence qui engendrent des problèmes de diagnostic et donc concourent à la sous-diagnostiquer.

Par ailleurs lorsqu'on parle de dépression, il est incontournable de prendre en compte le risque suicidaire. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les 15-24 ans, et on estime que 70% des cas de suicide auraient une origine dépressive. [22]

On vient de voir que la prévalence d'épisode dépressif majeur dans la population générale adolescente varie entre 4 et 8 %.

B) SYMPTOMATOLOGIE DE LA DÉPRESSION

La clinique de la dépression est très polymorphe. Ainsi sa symptomatologie est variable d'un adolescent à l'autre. En règle générale, elle est comparable à la présentation clinique de l'adulte. On retrouve donc chez les adolescents déprimés une inhibition psychomotrice avec un ralentissement psychomoteur, une humeur dépressive, une souffrance psychique, une dévalorisation, des préoccupations suicidaires, un retentissement somatique dû à l'asthénie, à l'anorexie ou à l'insomnie. On note plus spécifiquement chez l'adolescent la prédominance des symptômes suivant [24] :

- un sentiment de culpabilité avec des auto-dépréciations
- une perte de l'estime de soi
- une excitation psychomotrice
- des troubles du comportement avec agitation
- des difficultés d'ajustement relationnel
- des raptus anxieux suicidaires.

Cette symptomatologie dépressive peut se manifester dans un contexte réactionnel ou d'évolution d'une névrose de la petite enfance.

On peut distinguer trois catégories cliniques de dépression : les dépressions qui apparaissent

comme le prolongement pathologique de l'enfance, celles qui sont provoquées par des carences affectives et qui engendrent des failles narcissiques majeures et enfin celles qui ne sont que l'intensification d'une « dépressivité » de l'adolescent. Le point commun entre ces différents types cliniques est que, outre les traumatismes subis par l'environnement ou durant l'enfance, les multiples remaniements de la puberté viennent fragiliser la structure même des adolescents.

Les symptômes dépressifs passent facilement inaperçus puisque la dépression à l'adolescence se traduit davantage par ce qui entrave le développement de l'adolescent que par des signes positifs. De plus certains symptômes peuvent dominer la présentation clinique et faire passer les autres au second plan. Ainsi l'adolescent ne va que peu exprimer sa tristesse, son humeur dépressive : sa dépression peut se traduire plus par un isolement, un ennui, des angoisses. Par ailleurs, il va développer des mécanismes de défense et des processus de coping qui peuvent masquer ou dominer la clinique. [14]

La symptomatologie dépressive ne varie pas avec l'âge. En effet une étude de 2000 (Birmaher et al.) [13] observe une symptomatologie et une sévérité des dépressions caractérisées identiques entre les enfants et les adolescents. L'étude de Yorbik et al. (2004) [88] a comparé la symptomatologie des enfants à celle des adolescents. Ils ont comparé 715 adolescents et 201 enfants présentant tous un diagnostic de trouble dépressif caractérisé. Les résultats montrent également peu de différences entre les adolescents et les enfants.

Dans la pratique clinique, on constate que la majorité des adolescents ne semblent pas être « d'apparence déprimée ». C'est à dire que la symptomatologie dépressive ne s'exprime pas par de la tristesse mais plutôt par un sentiment de vide et d'ennui ou par un sentiment de découragement, de désespoir, de dégoût. L'irritabilité peut aussi remplacer la tristesse : elle se traduit par des oppositions passives, des crises clastiques liées à un sentiment de frustration et une susceptibilité excessive. Les sentiments d'infériorité, de honte, et de culpabilité fréquents chez les adolescents déprimés, peuvent induire à des défauts corporels, des difficultés dans l'ajustement à ses pairs ou à un échec scolaire. Le sommeil et l'appétit sont eux aussi perturbés en cas de dépression majeure, soit augmentés, soit diminués, ce qui contribue à une asthénie intellectuelle ou physique. Les idées suicidaires ou conduites à risques suicidaires sont fréquentes chez les adolescents, mais ces derniers sont peu enclins à en parler à leur entourage ou leur thérapeute.

L'adolescent va mettre en place des mécanismes de défense ou de coping qui visent à lutter contre le syndrome dépressif. Certains mécanismes comme le déni, les défenses maniaques ou les défenses narcissiques permettent à l'adolescent de se libérer du vécu dépressif, d'autres permettent

de l'atténuer, comme la somatisation. Ainsi, les défenses maniaques vont s'exprimer par une inversion de l'humeur (excitation, euphorie...) tandis que les défenses narcissiques vont renforcer l'estime de soi par la dévalorisation d'autrui, l'omnipotence, l'idéalisation. En revanche, la somatisation qui se manifeste souvent par des céphalées ou des douleurs abdominales, va servir à détourner l'attention du symptôme dépressif. Les processus de coping vont eux aussi permettre de masquer la dépression par un surinvestissement scolaire ou sportif, par l'abus de substances psychoactives, ou par des addictions aux jeux. [22]

Les difficultés de repérage de la dépression à l'adolescence s'expliquent par son polymorphisme clinique qui complique l'élaboration de critères DSM bien définis. Il faut ainsi prendre en compte la variabilité clinique, l'âge, et les facteurs de comorbidité apparaissant au cours de l'évolution. Ces difficultés limitent la validité du diagnostic de dépression à l'adolescence. Le problème se pose alors dans la différenciation entre une dépression et un épisode de « dépressivité».

C) LA DÉPRESSION DE L'ADOLESCENT VERSUS CELLE DE L'ADULTE

La dépression de l'adolescent est-elle identique à celle de l'adulte ?

En 1987, Jouvent et al. in Braconnier [16] étudient l'humeur dépressive et la comparent entre une population d'adolescents considérés comme déprimés et une population d'adultes, eux-aussi déprimés. L'étude démontre qu'en population adolescente on rencontre plus fréquemment des troubles de l'humeur de type dysphorie, contrairement aux adultes chez qui l'émoussement affectif prédomine.

La dépression à l'adolescence a ses spécificités par rapport à la dépression adulte. A. Braconnier [15] note que les sentiments dépressifs exprimés chez l'adolescent sont principalement modérés, transitoires, et caractéristiques des processus de développement encore en cours. De plus, on retrouve une comorbidité plus importante chez l'adolescent déprimé que chez l'adulte avec l'association de troubles anxieux, de troubles du comportement et de troubles oppositionnels à la dépression. Si l'on se concentre uniquement sur les épisodes dépressifs majeurs de l'adolescence, on retrouve 17 % de troubles oppositionnels et de troubles du comportement et 33 % de troubles anxieux [15].

D) LES MODÈLES PSYCHOPATHOLOGIQUE DE LA DÉPRESSION À L'ADOLESCENCE

1. Processus dépressif multifactoriel

Au cours d'un épisode dépressif, plusieurs mécanismes plus ou moins conscientisés par l'individu vont apparaître. Ces mécanismes interviennent à différents temps de ce processus dépressif et favorisent ou aggravent la dépression. Cependant, ils n'interagissent pas entre eux de manière opposée, mais plutôt conjointe, en produisant une réaction dépressive. On remarque que dans un processus dépressif, un enchaînement de conséquences négatives s'installe et maintient le sujet dans sa dépression. Ainsi, les cognitions dépressives, les comportements dépressifs et les émotions dépressives se renforcent mutuellement, c'est-à-dire par exemple qu'une baisse de la concentration et de l'attention va entraîner une chute des résultats scolaires, ce qui provoque une baisse de l'estime de soi.

2. Le modèle comportemental

Selon ce modèle, la dépression serait une diminution des comportements adaptés en lien avec une réduction assez longue des renforçateurs de ces comportements. Il existe deux types de renforçateurs, les renforçateurs externes liés aux récompenses sociales et les renforçateurs internes qui consistent plutôt en une auto-valorisation. Les comportements du quotidien sont consolidés et maintenus par le plaisir lié à l'action produite ou par l'intermédiaire d'un renforçateur externe ou interne. Néanmoins, lorsqu'il n'y a plus de plaisir ou lorsque le renforçateur n'est pas ou n'est plus efficace, la fréquence du comportement en question diminue. Par exemple, lorsqu'un adolescent est dépressif, il peut présenter une certaine irritabilité qui peut lui nuire socialement. En effet, l'adolescent peut mal percevoir les renforçateurs sociaux externes, du fait que ses attentes envers les autres sont négatives, et que ces renforçateurs sont interprétés négativement.

3. Le modèle cognitif

Dans son modèle de « l'impuissance apprise », Seligman in Chabrol [22] explique que les expériences négatives du passé conduisent à une impuissance et à une absence de contrôle sur les événements de la vie qu'ils soient positifs ou négatifs. C'est cette sensation de perte de contrôle qui engendrerait une perte de l'estime de soi et un trouble d'affect.

Le modèle de Beck, quant à lui, met en évidence le lien entre pensées négatives et émotions négatives. Ainsi, les représentations négatives de soi comme la honte, le sentiment d'infériorité, la culpabilité déterminent les émotions et comportement dépressifs. Cependant, chez l'adolescent ces pensées dysfonctionnelles sont souvent automatiques et donc inconscientes. Ces pensées sont dues à des erreurs systémiques et répétitives des traitements de l'information. De plus, à ces dysfonctionnements de pensée peuvent s'ajouter des injonctions de pensée telles que « si je ne suis pas aimé, je ne vauds rien ».

4. Le modèle psychodynamique

Concernant ce modèle, la dépression semble apparaître de manière réactionnelle à la perte du sentiment d'être aimé ou à la perte de l'estime de soi. Ces sentiments peuvent intervenir lors du décès d'un parent ou peuvent être la conséquence d'un échec scolaire ou relationnel. L'adolescent manifeste ainsi une agressivité tournée contre lui. Cette auto-agressivité est liée à la réactivation des conflits œdipiens au moment de l'adolescence et aux conflits de la phase « séparation-individuation ». La dépression est donc soit la conséquence du refoulement des conflits infantiles (celui-ci étant renforcé par une répulsion des parents, une intolérance à la dépendance et une honte par rapport au désir sexuel) soit la conséquence du non refoulement des pulsions sexuelles et agressives par l'adolescent (ce qui génère un clivage de soi et du corps afin d'écarter les pulsions).

E) FACTEUR DE RISQUE

1. Facteurs environnementaux

Les facteurs environnementaux peuvent induire ou aggraver une dépression. Les adolescents déprimés évoqueraient plus d'événements de vie négatifs que les adolescents non déprimés [22]. Les événements de vie négatifs en question peuvent toucher la vie scolaire, les relations amicales ou amoureuses, le milieu familial. Une étude de 2001 (Flament et al.) [31] retrouve davantage d'événements de vie négatifs en fréquence et en sévérité chez les adolescents déprimés avec 63% de changement de la dynamique familiale, 57% de décès d'un parent proche, 38% d'accident. Par ailleurs les enfants ou adolescents ayant subi des sévices sexuels ou physiques sont à risque de développer un trouble dépressif. Les risques sont d'autant plus importants que les sévices sont chroniques et sévères.

Une étude de 2005 (Ivarson et al.) [49] concernant les harcèlements, a montré que les victimes tout comme leurs harceleurs avaient un taux de dépression supérieur au cas témoin.

2. Facteurs familiaux

L'un des premiers facteurs familiaux de risque pour la dépression de l'adolescent est la présence d'une dépression paternelle ou maternelle. Une étude de Klein et al. réalisée en 2001 [55] montre une association forte et spécifique entre dépression adolescente et dépression des parents. En effet dans les familles des adolescents dépressifs les auteurs retrouvaient 40% de dépression majeure et 5% de dysthymie chez les parents. Une autre étude (Hammen et Brennan en 2003) [44] a montré que les enfants exposés à une dépression maternelle avant l'âge de 10 ans avaient un risque multiplié par deux de développer un trouble dépressif à l'adolescence.

Par ailleurs la dépression à l'adolescence peut être liée à une transmission génétique et ou environnementale. En effet une étude de 2002 de Rice et al. [75] évalue entre 30% et 50% le taux d'héritabilité de la dépression.

3. Facteurs personnels

Certains troubles psychiatriques peuvent précéder et contribuer au développement d'un épisode dépressif, comme c'est le cas pour les troubles anxieux. En outre, les adolescents qui s'engagent dans des conduites à risque telles que les consommations d'alcool ou de psychotropes ont un risque plus élevé de dépression et de passage à l'acte.

Un sommeil perturbé, un manque d'activité ou une détérioration de l'hygiène de vie serait aussi des facteurs de risque. En effet une courte durée de sommeil (inférieure à 8h) serait associée à la dépression et aux idées suicidaires (Gangwisch et al., 2010) [38].

F) COMORBIDITÉ

La fréquence des comorbidités à l'adolescence est plus importante qu'à l'âge adulte. En effet, l'association d'une pathologie et d'un épisode dépressif majeur s'observe dans 50% à 70% des cas [17]. L'existence d'une comorbidité est un facteur pronostique défavorable puisqu'elle rallonge la durée d'évolution de la maladie. De plus, elle a un impact réel sur l'environnement psychosocial et scolaire avec un risque de conduite suicidaire majoré.

Les troubles anxieux, les angoisses de séparation, les troubles paniques et les troubles phobiques représentent 40 à 70% des comorbidités dépressives. Les troubles du comportement et les troubles oppositionnels avec provocation peuvent être retrouvés associés à des épisodes dépressifs majeurs dans 20 à 80 % des cas [22].

Par ailleurs l'utilisation de produits psychoactifs est plus fréquente (d'environ 20% à 30%) chez les garçons déprimés que chez les filles [72].

Parmi les comorbidités de la dépression adolescente, on retrouve aussi les pathologies somatiques comme l'asthme, les troubles digestifs organiques, etc. dont les traitements peuvent aussi induire une dépression, en particulier les corticoïdes.

G) LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic de dépression de l'adolescent est essentiellement clinique. Il peut être établi lors d'entretiens standardisés comme la *Kiddie-SADS* [70] fondée sur les critères du DSM III-R et du DSM-IV. La *Kiddie-SADS* soumet des questions et définit des critères objectifs pour mesurer l'existence de symptômes spécifiques à la pathologie. Ainsi lors de l'entretien, le thérapeute essaie d'évaluer la fréquence et l'intensité des manifestations dépressives, le degré de handicap qu'elles provoquent, la présence et la gravité éventuelle des idéations suicidaires. Elle permet aussi d'apporter des informations complémentaires en vue d'éliminer ou non un diagnostic différentiel.

Le thérapeute peut aussi s'aider d'échelles d'évaluation pour recueillir d'autres données psychopathologiques. Concernant la dépression de l'adolescent, les échelles les plus couramment utilisées par les cliniciens sont :

- L'ADRS (Adolescent Depression Rating Scale) [76] est une échelle recommandée par la HAS (Haute Autorité de Santé) dans le dépistage et l'identification du risque de dépression chez l'adolescent. Elle est composée d'un auto-questionnaire contenant 10 items à réponse fermée (vrai/faux) et d'un hétéro-questionnaire qui comprend lui aussi 10 items à choix multiples. Cette échelle est destinée à une population appartenant à la classe des 13-20 ans. Un résultat supérieur à 4 confirme le risque suicidaire et un score supérieur à 8 indique une dépression sévère.

- La KADS (Kutcher Adolescent Depression Scale) [18] est utilisée pour une population âgée de 12 à 18 ans. Il s'agit d'un auto-questionnaire à choix multiples (4 choix) de 6 items servant à dépister et à diagnostiquer un état dépressif à l'adolescence. L'échelle de cotation est de 0 à 3 par item, 0 représentant la réponse « rarement » et 3 « la plupart du temps ».

- L'échelle de dépression de Beck [62], est destinée à une population entre 7 et 17 ans, et permet d'évaluer les symptômes dépressifs dans leur globalité et leurs répercussions (troubles de l'humeur, baisse de l'estime de soi, désespoir, problèmes dans la capacité à prendre du plaisir, fonctions végétatives et difficultés au niveau des relations interpersonnelles). Cette échelle est composée de 27 items, cotés de 0 à 2.

- La Children Depression Inventory CDI [80], permet de mettre en évidence des symptômes de la dépression non perçus par les parents ou les enseignants. L'inconvénient est que cette échelle n'est pas étalonnée en France : les praticiens doivent par conséquent se référer aux normes canadiennes lorsqu'ils l'utilisent.

Par ailleurs, il existe d'autres méthodes d'évaluation comme les tests projectifs (tels que le test de Rorschach), qui sont souvent utiles en cas d'interrogation sur un trouble de la personnalité mais qui peuvent aussi être utilisés dans le cadre de la dépression.

H) EVOLUTION ET PRONOSTIC

Selon les données épidémiologiques, la durée d'un épisode dépressif majeur est de 3 mois en population générale et de 7 à 9 mois en population clinique [22]. La dépression apparaît cependant comme une pathologie chronique puisqu'à 1 an 50% des adolescents restent déprimés, et qu'à 5 ans la moitié de cette population récidive [68]. On estime que le taux de rechute dépressive à l'adolescence varie entre 31 et 70 % en fonction de la durée du recul. Ces chiffres infirment l'idée que la dépression de l'adolescent est un épisode momentané et réactionnel. Une étude française (Bouvard et al. 1993) in Chabrol [22] a analysé, sur un suivi de deux ans à trois ans et demi, le taux de rechute des adolescents déprimés : celui-ci était de 53 % en ce qui concerne les dépressions majeures et 35% en ce qui concerne les dysthymies. A savoir que les formes chroniques impactent durablement le fonctionnement du patient et favorisent l'installation de comorbidités psychiatriques telles que les troubles anxieux, les abus de substance ou les troubles de personnalité.

Comme on vient de le voir, la dépression de l'adolescent se démarque de celle de l'adulte par son grand polymorphisme. C'est ce polymorphisme qui complique le dépistage et la prise en charge de l'adolescent en souffrance.

Au moment de la puberté, l'évolution du statut social, les modifications corporelles et relationnelles, tendent à rendre vulnérable l'adolescent. En effet l'adolescence s'accompagne d'une période de « crise » qui présente un risque évolutif vers une dépression caractérisée. Cette évolution graduelle laisse apparaître un continuum jusqu'à la dépression.

III. DEPRESSIVITE A L'ADOLESCENCE

A) HISTOIRE

Bien que la mélancolie ait été décrite dès le XIX^{ème} siècle chez l'enfant, il faudra attendre les années 1950 pour que l'on s'intéresse de nouveau à la dépression de l'enfant et de l'adolescent, et qu'un mouvement psychodynamique insiste sur ses formes masquées ou ses équivalents dépressifs. Cependant, cette approche psychodynamique a été critiquée car elle amène la dépression sur un spectre diagnostique trop large. En effet, elle suggère que le terme « dépression » recouvre différents états cliniques.

De nos jours, deux courants s'affrontent. L'approche psychodynamique qui insiste sur l'existence d'une crise dépressive ou d'un phénomène de « dépressivité » inhérente aux processus de changement à l'adolescence. Ce mouvement s'intéresse aux mécanismes psychiques d'adaptation ou de défense et distingue différentes formes de dépressions : des formes masquées et des équivalents dépressifs. La principale limite de cette approche est qu'elle maintient le flou entre normal et pathologique au risque de banaliser la véritable souffrance dépressive. L'autre approche repose sur des diagnostics catégoriels rigoureux basés sur le modèle de la dépression caractérisée de l'adulte. La limite de cette approche est qu'elle apporte une vision figée du trouble dépressif, car elle ne tient pas compte du phénomène de « dépressivité ». En d'autres termes, elle fait l'impasse sur la transition entre le normal et le pathologique. Ainsi ces deux approches sont différentes par leur théorie et donc par leurs implications thérapeutiques.

B) DEFINITION

Le terme « dépression » recouvre un large éventail de définitions dans la vie usuelle. Il peut notamment exprimer une tristesse, une « dépressivité », un syndrome dépressif ou un épisode dépressif caractérisé.

Si on se concentre sur la tristesse, le Petit Robert définit la tristesse comme « un état affectif pénible, calme et durable ; un envahissement de la conscience par une douleur, une insatisfaction, ou par un malaise dont on ne démêle pas la cause et qui empêche de se réjouir du reste ». Pour Tribolet et Shahidi in HAS [58], « il s'agit d'une variété normale de l'humeur, souvent en réaction à une situation de séparation, perte, insatisfaction, menaçante ou frustrante. Elle répond aux situations du milieu, et existe en l'absence des autres symptômes du syndrome dépressif ». L'humeur

dépressive représente plus un signal d'alarme qu'un signe d'installation dans la maladie.

Concernant la « dépressivité », W.Winnicott décrivait en 1963 [87] l'humeur dépressive comme « un brouillard qui recouvre les objets, les masque et les confond, puis petit à petit se lève et permet de découvrir un paysage nouveau vivant et intense ». La « dépressivité » est donc un état transitoire par lequel passe l'adolescent. Selon P. Mâle (1971) [66] : "Nous n'avons pas trouvé d'autres mots pour définir cet état particulier à certains adolescents qui n'est pas la dépression, avec son caractère d'angoisse, d'inhibition formelle, de culpabilité exprimée, et qui n'est pas la psychose. C'est un état qui manifeste plutôt un refus d'investir le monde des objets, des êtres ... Rien ne sert à rien, le monde est vide ». La « dépressivité » est donc cette période où l'adolescent tend à être morose et triste, P. Mâle [66] parle ainsi de « morosité au cours de l'adolescence ». La « dépressivité » est une caractéristique habituelle à l'adolescence et s'inscrit dans un processus normal de l'adolescence réactionnel aux transformations physiques et psychiques précédemment évoquées.

On désigne la « Menace dépressive » comme une lutte anxieuse de l'adolescent contre un risque dépressif et une représentation négative de lui-même, ce qui l'amène à des troubles anxio-dépressifs ou des troubles du comportement. La « menace dépressive » serait selon A. Braconnier [15] « ni le travail de deuil de tout processus d'adolescence normale, ni la mélancolie, ni même les crises dépressives assez facilement réversibles que connaissent beaucoup d'adolescents » Cette menace pourrait être la représentation de l'investissement sexuel et érotique des nouveaux objets. Il renvoie donc à une substitution des désirs œdipiens par une relation à un nouvel objet d'amour. L'adolescent doit donc accepter le risque de se séparer de l'objet d'amour parental, connu, rassurant, pour s'identifier à un nouvel objet d'amour (le/la petit(e) ami(e)), inconnu, énigmatique). Cette substitution peut être vécue comme insupportable pour certains adolescents dont toute transformation de l'objet d'amour devient impossible. En l'absence de réponse adaptative, cette menace dépressive peut évoluer vers une anxiété anticipatoire puis vers un effondrement dépressif. Ces réactions surviennent préférentiellement dans la première partie de l'adolescence chez des adolescents qui ont des traits obsessionnels et névrotiques.

Le syndrome dépressif caractérisé est, comme on vient de le voir, défini par les classifications internationales. Il est caractérisé par l'association de facteurs endogènes (humeur dépressive, anhédonie, aboulie...), de facteurs cognitifs (idées noires et suicidaires...), de critères d'intensité et de symptômes d'exclusion.

Ainsi, le clinicien ne doit pas confondre tristesse et dépression. L'enjeu du diagnostic est de parvenir à faire la différence entre ce qui est du processus normal de l'adolescence et ce qui relève d'une maladie dépressive nécessitant des soins.

C) EPIDÉMIOLOGIE

Selon une enquête de l'ESPAD (the European School Survey Project on Alcohol and other Drugs) réalisée en 1999, le phénomène de « dépressivité » touche 23% des adolescents âgés de 14 à 17 ans [73]. Par ailleurs, la prévalence de la « dépressivité » a été mesurée par l'échelle de Kandel dans le cadre d'autres études chez des adolescents et montre une augmentation depuis 1993 suivie d'une stabilisation voire une diminution à partir de 1999 [56].

La figure ci-dessous montre une augmentation graduelle de la prévalence en fonction des âges : on constate que la fréquence de « dépressivité » des adolescents de la tranche 17-18 ans est plus élevée que celle de la tranche 14-16 ans, elle-même plus forte que celle de la tranche des 12-14 ans. (Figure 1)

Dans l'étude de l'ESPAD [73], on observe une disparité de la prévalence de « dépressivité » entre les sexes dans la population des 14-17 ans avec un taux à 30% pour les filles et 10% pour les garçons. Ce « sex ratio » est semblable à ce qu'on peut observer pour la dépression (avec le biais que les garçons se confient moins et verbalisent moins leurs affects que les filles)

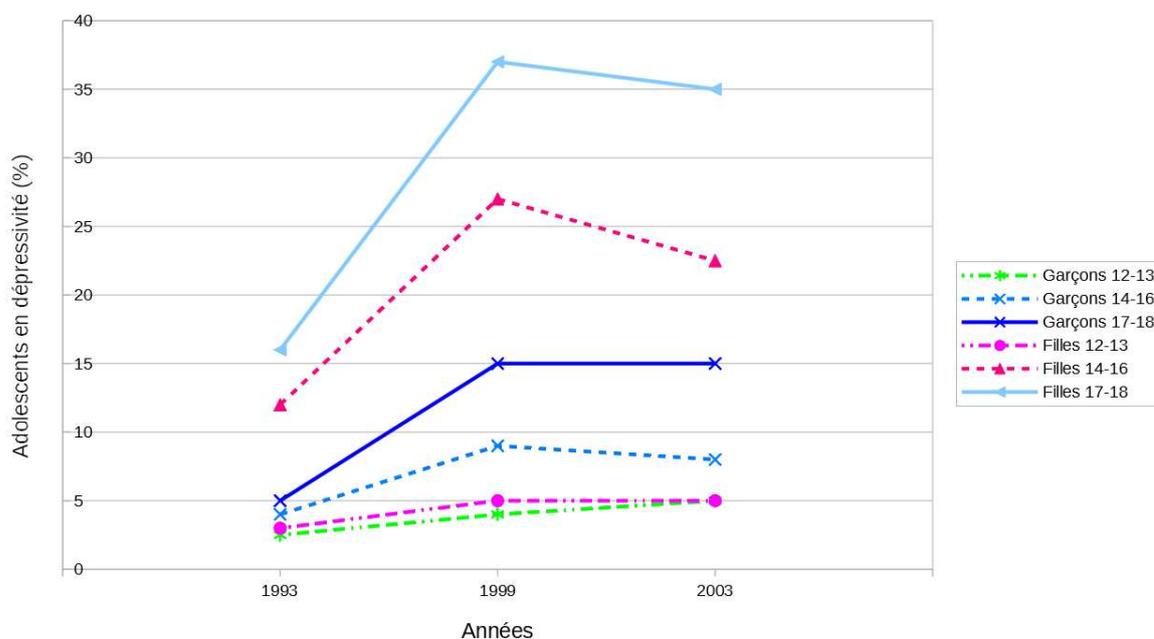


Figure 1 : Evolution de la dépressivité chez les jeunes de 1993 à 2003

Concernant le risque évolutif, le phénomène de « dépressivité » correspond à une période transitoire et adaptative qui est en général spontanément résolutive. Cependant, une part non négligeable d'adolescents développent des conduites à risque ou évoluent vers une dépression caractérisée.

D) CLINIQUE DU PHÉNOMÈNE DE «DEPRESSIVITE»

1. Caractéristique de la « dépressivité »

Selon Winnicott [87], la « dépressivité » est un processus adaptatif. Elle est la manifestation d'un moment de vacillement, de déséquilibre dans l'homéostasie de l'adolescent, qui ne peut maintenir les investissements objectaux du passé. L'adolescent est amené à délaisser les objets externes et internes pour les réinvestir sous une autre forme. En d'autres termes, il s'agit alors d'un processus du sujet sain ou au moins d'une tentative saine du sujet « malade ». La dépression caractérisée de l'adolescent représente alors les aléas extrêmes d'un processus « normal ». Pour tous les autres cas, le phénomène de « dépressivité » peut être considéré comme un élément du processus de maturation normal de l'adolescent.

P. Fedida [32] oppose le phénomène de « dépressivité » (ou capacité dépressive) à la dépression : c'est-à-dire que le phénomène de « dépressivité » ne se construit pas uniquement sur le deuil et la séparation (contrairement à la dépression) mais fait appel à une capacité créative de la pensée. P. Fedida définit la « dépressivité » comme « la capacité de va-et-vient des pensées, l'hésitation dans l'usage des mots, l'éveil et le repos de la parole parlante, une sorte de jeu de la perte et de l'émerveillement à laisser tomber ». [32] Le phénomène de « dépressivité » assurerait une protection, et permettrait un équilibre, une régulation de la vie psychique. Ce phénomène est donc pour P. Fedida le régulateur du développement individuel, un processus maturatif et sain mais aussi un lien vers la créativité [33].

P. Gutton [41] propose lui de considérer le phénomène de « dépressivité » comme la disponibilité à ressentir l'affect dépressif (affect dépressif qui serait créé via la perte de l'objet). Ce phénomène marquerait la limite du principe de substitution et de restauration de l'objet. A savoir que le principe de substitution s'appuie sur le fait que « nous ne pouvons rien perdre sans le remplacer ». La « dépressivité » s'y oppose puisqu'elle surgit, lorsque ce remplacement ne peut se réaliser et représenterait donc l'imperfection du remplacement objectal.

P. Gutton reprend la théorie de M.Klein, qui postule que la « dépressivité » marque

l'incompatibilité du narcissisme aux conditions de la perte objectale. Ainsi le phénomène de « dépressivité » rend compte de la perte de l'activité de représentation engendrée par un narcissisme blessé [40]. Les représentations ressenties comme impossibles du fait de l'objet perdu et les perceptions douloureuses du passé, engendrent une nostalgie et une morosité chez l'adolescent.

Pour conclure, le phénomène de « dépressivité » est cette tendance à être morose, qui est considérée comme faisant partie intégrante des processus d'adolescence. On pourrait aussi se demander si un adolescent qui ne connaîtrait jamais de doute ou de tristesse plus ou moins profonde serait un adolescent en déni de ses transformations corporelles et psychiques. Winnicott considère que la « dépressivité » est un signe de bonne santé du moment que cela reste dans une certaine marge et que cela ne dure pas longtemps [86].

En ce sens, il est courant que l'adolescent passe par cette période qui est la conséquence de changements pubertaires entraînant des remaniements dans différents domaines de la vie de l'adolescent, notamment dans les relations avec les autres. Cette période va mettre à mal l'adolescent et bouleverser ses repères, ce qui peut entraîner une réponse défensive et adaptative comme la « dépressivité ». Ainsi, toutes les représentations infantiles sont attaquées et remises en question, ce qui génère un certain déséquilibre et peut être à l'origine d'une souffrance psychique.

2. Psychopathologie

Classiquement, on considère l'adolescence comme un processus de deuil, durant lequel l'adolescent se voit prendre son autonomie en renonçant aux liens infantiles des imagos parentaux. L'identification au parent du même sexe et le renoncement au parent du sexe opposé entraîne un vécu dépressif chez l'adolescent. Anna Freud in Marcelli [68] estime que cette souffrance psychique au moment de l'adolescence témoigne de la perte d'objet d'amour et la nécessité de le réinvestir. En effet, la perte de l'objet confère à l'adolescent un statut d'insécurité qui engendre angoisse et dépression. F. Ladame in Lebovici [64] conclut donc « qu'il n'y a pas d'adolescence normale sans dépression, ou plus correctement, sans moment dépressif lié au sentiment de perte sans pour autant qu'il s'agisse de « maladie dépressive » ».

Cependant, le deuil implique un travail d'acceptation de la perte de l'objet qui était antérieurement investi, ce que l'adolescent n'est pas encore en mesure de faire puisqu'il ne dispose pas de ressources suffisantes.

L'état dépressif de l'adolescent apparaît plus comme un refus de la réalité perçue comme décevante, un repli sur des positions infantiles visant à maintenir l'investissement, plutôt qu'un renoncement et un abandon de ces liens objectaux. Le phénomène de « dépressivité » serait donc un mécanisme de défense contre la dépression plus qu'une véritable maladie dépressive, dans lequel l'adolescent maintiendrait ses investissements objectaux infantiles pour éviter la perte.

3. Symptomatologie

Le phénomène de « dépressivité » est un processus transitoire et normal au moment de l'adolescence. Ainsi cet état ne présente pas une intensité des symptômes cliniquement significatifs. En effet, la clinique de la « dépressivité » est variable, fluctuante d'un individu et peut s'apparenter à celle de la dépression de l'adolescent mais avec une intensité des symptômes moindre [28]. Ainsi dans la « dépressivité », l'alimentation, le sommeil, le fonctionnement social, relationnel ou scolaire peuvent être impactés mais de manière plus discrète, moins bruyante que dans un trouble dépressif caractérisé. Toutefois la perturbation du milieu scolaire, familial ou relationnel engendre une perte de motivation, et de plaisir, une asthénie qui provoque la diminution des activités positives. L'adolescent se détourne des activités habituelles et se replie. Lors d'un état de « dépressivité », l'adolescent peut donc présenter des difficultés d'apprentissage et une baisse des résultats scolaires.

P. Male [66] parle de morosité de l'adolescent pour qualifier l'état thymique d'un adolescent en « dépressivité ». Cette morosité serait le refus de l'adolescent d'investir le monde et ses objets. Ainsi ce dernier va se démotiver de son quotidien, de sa vie et éprouver un désintérêt, un ennui, un sentiment de vide. Cette morosité selon P. Male ne serait pas une organisation névrotique mais plutôt la conséquence de difficultés d'individuation de la petite enfance. Et l'adolescent aurait tendance à réagir à ses difficultés par des passages à l'acte. L'évolution de cet état clinique doit donc être surveillée et constitue un risque d'évolution vers la dépression.

Cependant, on peut aussi faire l'hypothèse que la « dépressivité » peut être vécue comme un symptôme protecteur. En ce sens la tristesse de l'adolescent le protégerait de quelque chose de plus douloureux et de plus pénible pour lui.

On peut ainsi se poser la question : la réaction dépressive fait-elle partie de l'évolution normale de la « crise de l'adolescence » et, si oui, à partir de quand devient-elle préoccupante et nécessite-t-elle une approche spécifique?

4. Normal ou pathologique ?

Après avoir dit que la « dépressivité » était un état adaptatif et normal dans le processus adolescent, on peut se poser la question «à quel moment doit-t-on la considérer comme pathologique?» «Y a-t-il besoin d'une prise en charge adaptée pour cet adolescent?»

Pour avoir la réponse à ces questions, les indices de la vie quotidienne de l'adolescent vont permettre d'apprécier si on est dans un cadre normal ou pathologique. Ainsi le point de vue de l'adolescent mais aussi de l'entourage (famille, enseignants, infirmières scolaires médecins traitants) sur l'alimentation, le sommeil, les investissements dans la vie, la scolarité, les relations interpersonnelles vont nous permettre de poser un premier diagnostic. Par ailleurs des échelles diagnostiques permettraient aussi d'identifier la souffrance de l'adolescent lors de cette période. Néanmoins, ces échelles d'évaluation de la « dépressivité » ne sont pas à disposition des thérapeutes.

La problématique qui se pose après cela est la difficulté de la prise en charge. Si l'on considère que la « dépressivité » est une période normale de transition au cours de l'adolescence, une prise en charge psychiatrique n'aurait pas de sens. Cependant pour les adolescents en pleine « dépressivité » et qui vacillent entre « dépressivité » et dépression pour qui le risque d'évolution vers la dépression est importante, il semble nécessaire de mettre en place un dispositif pour les soutenir durant cette période. L'objectif serait de prendre en charge les symptômes dépressifs, de limiter les risques suicidaires et les potentielles conduites à risque et addictives associées, et d'aider l'adolescent à dépasser ses vulnérabilités et à retrouver sa confiance en lui.

5. Comorbidité

Dans plusieurs études, on a observé un lien entre le phénomène de « dépressivité » et la consommation de toxiques. L'enquête de l'ESPAD de 1999 [73] a montré que les profils en « dépressivité » associés à des fugues et/ou des gestes auto-agressifs étaient étroitement liés à l'usage de cannabis, de tabac ou d'alcool. Une autre étude de 2013 [29] retrouve davantage de « dépressivité » chez des lycéens adeptes de Binge drinking (boire + 6 verres d'alcool au cours d'une soirée, afin d'arriver rapidement à l'ivresse) que chez les lycéens qui ne consommaient pas d'alcool. De même, on retrouve une « dépressivité » chez 24% des adolescents ayant une poly-

consommation régulière de toxiques, contre 13% chez les lycéens non consommateurs[53].

L'étude de 2013 [29] a aussi mis en évidence une association entre phénomène de « dépressivité » et comportements de violence. On observe qu'environ un quart des adolescents en « dépressivité » ont eu ou subi des comportements de violence. Par ailleurs, les conduites à risque sexuel sont plus élevées chez les lycéens présentant un phénomène de « dépressivité » : une étude de 2013 [29] rapporte qu'un cinquième des filles affectées auraient déjà pris la pilule du lendemain.

E) LES RISQUES D'EVOLUTION VERS UNE DEPRESSION CARACTERISEE

L'hypothèse de la « dépressivité » comme processus «normal » à l'adolescence, pose la question du dépistage. En effet la « dépressivité » représente pour le repérage des adolescents en grande difficulté à ce moment-là, un indicateur sensible mais peu spécifique. Autrement dit, on peut envisager qu'un adolescent qui est en difficulté et en grande souffrance psychique présente un score élevé s'il passe une échelle de « dépressivité ». On pourrait émettre l'hypothèse d'une graduation dans l'intensité de la « dépressivité » jusqu'à atteindre un état que l'on pourrait caractériser de dépression. Il y aurait ainsi un continuum dimensionnel entre dépressivité et dépression. Pour explorer cette hypothèse, nous avons élaboré une échelle de « dépressivité » que nous avons comparée à une échelle de dépression pour évaluer la sensibilité et la spécificité de cette échelle. Il s'agira d'évaluer à travers cette échelle la fréquence de « dépressivité » dans une population adolescente, et de montrer qu'il existe un continuum entre « dépressivité » et dépression.

F) MOYENS THERAPEUTIQUES

Le diagnostic de dépression à l'adolescence peut être lourd de conséquence car celui-ci guide l'action thérapeutique. Or nous avons constaté d'une part qu'en raison de la variabilité et du polymorphisme des symptômes il n'existe pas de catégorie diagnostique spécifique dans la CIM 10 ou le DSM 5 pour caractériser la dépression de l'adolescent. D'autre part les échelles et questionnaires de dépression à l'adolescence paraissent limités et basés uniquement sur des symptômes qui n'incitent pas à une interrogation psychopathologique. Nous avons vu que le terme « dépressivité » pouvait être considéré sous un angle clinique quantitatif (équivalent de symptômes de dépression légère et/ou passagère) mais aussi et surtout sous un angle psychopathologique faisant partie intégrante du processus d'adolescence et pouvant donc appartenir à la normalité. Un auto questionnaire de « dépressivité » peut être utilisé comme outil de pré-dépistage et de suivi pour les adolescents à risque, de façon à passer au diagnostic de dépression si et seulement s'il existe un caractère dimensionnel (d'où la nécessité de répondre à cette question dans l'étude). Mais

son intérêt est aussi de proposer aux adolescents un outil de réflexion proposant des items moins teintés de caractère pathologique dans leur formulation.

Les questions qui se posent alors sont les suivantes :

- doit-on traiter une « dépressivité » sans dépression chez l'adolescent après l'avoir évaluée grâce à l'auto questionnaire ?
- et quel retour fait-on à l'adolescent des résultats de cet auto questionnaire ?

A propos des moyens thérapeutiques utilisés dans un cas de « dépressivité », il est rare qu'un seul traitement suffise pour améliorer l'état thymique de l'adolescent. Il est donc important d'associer psychothérapie, aide scolaire, consultation familiale et parfois traitement médicamenteux pour aider l'adolescent à sortir de ce processus dépressif.

Dans le cadre d'une « dépressivité », le traitement médicamenteux est à limiter au vu du caractère labile et transitoire de celle-ci. Cependant selon l'impact de l'inhibition psychomotrice, l'anxiété ou les troubles du comportement, une chimiothérapie par anxiolytique ou antidépresseur peut être envisagée. Cette dernière est prescrite à dose modérée et doit rester rare pour ne pas entraver le fonctionnement psychique de l'adolescent. En effet les chimiothérapies utilisées à l'adolescence peuvent augmenter le sentiment d'être incompris et aggraver le désespoir de l'adolescent [65].

Concernant les psychothérapies, il en existe plusieurs types: psychothérapie individuelle, familiale ou de groupe. Toutes ces thérapies se complètent plus qu'elles ne s'opposent et leurs indications dépendent de l'évolution de l'adolescent. Lors d'approches thérapeutiques, il est important de prendre en compte l'étayage de l'entourage et le soutien narcissique. Si ces facteurs ne sont pas pris en compte, cela limitera le travail de l'adolescent dans son interprétation et son élaboration

L'objectif fondamental de ces psychothérapies est de permettre une élaboration des conflits intra-psychiques, et un investissement du monde psychique interne. L'adolescent en position dépressive ne serait plus en mesure de faire ce travail psychique. Toutefois, la « dépressivité » n'est pas prédictive de la capacité de réponse de l'adolescent.

Pour conclure le phénomène de « dépressivité » est un événement transitoire lié au processus d'adolescence et se résout généralement spontanément. Cependant, dans certains cas, ce phénomène peut engendrer des conduites à risque notamment des dépendances au cannabis, à l'alcool ou à d'autres substances psycho-actives ou évoluer vers une dépression caractérisée. Ce risque évolutif, nous amène donc à dépister l'adolescent en « dépressivité » le plus précocement possible, pour ensuite améliorer sa prise en charge. Ainsi dans la deuxième partie nous dépisterons et évaluerons ce phénomène de « dépressivité » afin d'en connaître toutes les caractéristiques pour aborder ensuite l'approche thérapeutique.

IV. ETUDE CLINIQUE: étude de la « dépressivité » dans une population clinique vs non clinique de novembre à avril 2017

A) MATERIEL ET METHODE

1. Objectif du travail de recherche

Les objectifs de notre étude étaient :

- d'évaluer la fréquence du phénomène de « dépressivité » dans la population générale selon les tranches d'âges et selon les sexes.
- d'analyser ce phénomène dans la population clinique du centre Oreste
- de comparer les résultats de « dépressivité » et de dépression dans les deux populations
- d'explorer l'aspect dimensionnel ou catégoriel du phénomène de « dépressivité »

2. Description de la méthodologie de l'étude

Nous avons réalisé notre étude auprès de deux populations : une population psychiatrique (que l'on appellera Groupe Oreste) et une population en milieu scolaire (que l'on appellera Groupe Témoin).

a) Procédure d'étude de la population psychiatrique

La population adolescente clinique a été recrutée au sein du Centre Oreste. Il s'agit d'un centre médico-psychologique de consultation, spécialisé pour les adolescents. Le recrutement des sujets s'est déroulé entre les mois de novembre 2016 et avril 2017. Au préalable, le protocole de recherche a été présenté aux thérapeutes exerçant au CMP, afin de leur préciser les objectifs et la procédure.

Pour être inclus dans l'étude, les adolescents devaient répondre à certains critères :

- être âgé de 13 ans à 18 ans
- avoir consulté pour la première fois au Centre Oreste
- parler le français et savoir lire
- ne pas présenter de symptomatologie psychotique
- le traitement médicamenteux, lorsqu'il y en avait un, ne présentait pas un critère d'exclusion.

Une fois que les adolescents répondaient aux critères d'inclusion, un thérapeute du Centre Oreste, en accord avec les parents, remettait à l'adolescent les deux échelles d'évaluation lors des premières consultations. Les échelles étaient complétées de manière anonyme et accompagnées d'un guide d'utilisation. Ce guide d'utilisation permettait d'expliquer chaque item, et d'approfondir la dimension psychopathologique explorée. Aucune contrainte de temps pour remplir les questionnaires n'était imposée. Une fois remplis, les questionnaires étaient directement remis au thérapeute.

b) Procédure d'étude en milieu scolaire

Cette étude en milieu scolaire a été menée en collaboration avec l'Inspection Académique d'Indre & Loire et les médecins scolaires. Nous avons fait passer les deux échelles en avril 2017 dans un collège et un lycée d'enseignement général et technologique. Après accords de l'Inspection Académique et de la médecine scolaire, nous avons pu rencontrer les chefs d'établissements ainsi que l'infirmière scolaire pour leur présenter les objectifs et les procédures de l'étude.

Nous avons sélectionné de manière aléatoire 4 classes de la 3^{ème} à la terminale, puis une lettre d'information et de consentement a été distribuée aux parents des élèves dont les classes avaient été sélectionnées pour l'étude.

La passation des auto questionnaires s'est déroulée sur une heure, dans la salle de classe où les élèves avaient habituellement cours. Leurs professeurs étaient présents et avaient accepté au préalable que j'intervienne durant leur cours. Lors de mon intervention, j'ai d'abord expliqué aux élèves les modalités d'utilisation des deux auto-questionnaires, les conditions d'anonymat, la méthodologie et les objectifs du travail de recherche. J'ai ensuite distribué les échelles aux élèves autorisés par leurs parents à participer à l'étude ainsi que le guide d'utilisation. Une fois les échelles complétées, je me suis tenue à leur disposition pour répondre aux éventuelles interrogations concernant le sujet de mon intervention.

c) Caractéristiques socio-démographiques

Dans un premier temps, les données socio-démographiques suivantes ont été recueillies à l'aide d'une fiche prévue à cet effet :

- âge
- sexe
- diagnostic principal (axe I de la CIM 10)
- facteurs psychosociaux (axe IV de la CIM 10).

Ces paramètres ont été utilisés pour étudier l'existence de sous-groupes dans les analyses multifactorielles.

d) Nombre de participants

Au cours de la période d'étude, de novembre 2016 à avril 2017, il y a eu au centre Oreste 187 nouveaux consultants dont 64 ont rempli et rendu leur questionnaire. Au final, 57 adolescents ont été retenus dans l'étude de cette population (en effet, lors du recueil de données, nous avons exclu 7 questionnaires du groupe Oreste car ils n'étaient pas entièrement remplis).

Concernant le groupe témoin, 97 auto questionnaires ont été distribués. Sur les 97, seuls deux lycéens n'ont pas eu l'autorisation parentale pour répondre aux questionnaires. En outre, lors du recueil de données, 2 auto questionnaires ont été exclus car ils n'étaient pas correctement remplis. Au final, 93 cas ont été retenus.

3. Outils de mesure

a) Construction de l'échelle de « dépressivité »

Pour ce travail, nous nous sommes intéressés au phénomène de « dépressivité » touchant les jeunes durant la période de l'adolescence. L'objectif était d'identifier à travers une échelle, les adolescents souffrant de ce phénomène, et de pouvoir ainsi les prendre en charge de manière précoce afin d'éviter des conduites à risques ou une éventuelle évolution vers une dépression caractérisée.

A ce jour, il n'existait qu'une seule échelle de « dépressivité » validée datant de 1999 qui permet cette évaluation (Kandel et al.) [52]. Nous avons donc construit une nouvelle échelle de « dépressivité » sur laquelle nous nous appuyons pour étudier et décrire le phénomène de « dépressivité », pour en faire un outil d'évaluation et d'aide à la prise en charge des adolescents en souffrance psychique.

b) Caractéristique générale de l'échelle

Nous avons choisi d'utiliser un auto questionnaire, instrument dont les qualités sont nombreuses. En effet les auto questionnaires sont facilement reproductibles, à faible coût, et ils permettent de collecter des données sur un échantillon relativement important. L'auto questionnaire choisi est multidimensionnel. Ainsi chacune des dimensions du phénomène de « dépressivité » est explorée par un ou plusieurs items du questionnaire.

De plus, l'auto questionnaire présente l'avantage, par rapport à un hétéro questionnaire, de donner plus de liberté et d'autonomie à l'adolescent dans ses réponses, celui-ci étant libéré de toute influence de l'examineur.

La cotation de l'auto questionnaire comprend 3 degrés de fréquence « jamais, parfois, souvent ». En choisissant un nombre impair de réponses, nous avons permis aux adolescents indécis de pouvoir choisir les propositions centrales ou dites neutres. De plus dans un souci de simplicité et pour améliorer l'attention des adolescents, les propositions de réponses ont été limitées à trois variables ordinales, et nous avons aussi limité le nombre d'items à seize.

Nous avons considéré avec attention le vocabulaire employé à la rédaction de cette échelle, afin que celui-ci soit compréhensible par tout individu de la population cible. Nous avons veillé aussi à ce qu'il n'y ait pas d'ambiguïté et que les questions aient le même sens pour tous. Pour cela nous avons mis à disposition des adolescents un guide d'utilisation. La construction des items s'est inspirée de la structure d'un entretien psychiatrique. Les questions suivent un certain ordre voulu.

c) Construction des items

Pour la construction des différents items du questionnaire, nous nous sommes basés sur les principales dimensions cliniques et psychopathologiques de la souffrance psychologique à l'adolescence. Nous avons défini et regroupé les symptômes de cette souffrance en huit grandes catégories.

Dimension clinique et psychopathologique	Items correspondants
Anhédonie - aboulie	1 «je n'ai pas de plaisir dans la vie» 2 «je n'ai pas de désir dans la vie» 4 «je m'ennuie»
Morosité existentielle	11 «j'ai des moments de tristesse sans raison» 12 «je ne suis pas satisfait de ma vie» 16 «je pense à la mort»
Estime de soi	6 «je doute de moi»
Deuil de l'enfance et de la famille	7 «j'ai la nostalgie de mon enfance» 8 « je souffre de ne pas me sentir compris par ma famille»
Manifestations corporelles	3 «j'ai des moments de fatigue sans raison» 13 « je me sens mal dans mon corps»
Anxiété existentielle	14 «j'ai des ruminations anxieuses au coucher», 15 « je n'ai pas de projet d'avenir»
L'insertion sociale	9 «je me sens en décalage avec les jeunes de mon âge».
Manifestations cognitives	5 « j'ai des moments où je ne me sens plus capable de penser » 10 «j'ai des difficultés à m'intéresser aux cours »

d) Sélection de l'échelle de dépression

Pour confirmer ou infirmer l'hypothèse qu'il existe un continuum entre dépression et « dépressivité » et qu'il ne s'agit donc pas de deux entités distinctes, nous avons souhaité comparer l'échelle de « dépressivité » à une échelle de dépression validée pour adolescents. Cette hypothèse serait de démontrer l'aspect dimensionnel de la dépression au sens large.

L'approche catégorielle est depuis un certain temps le modèle de référence concernant la classification diagnostique notamment avec les critères DSM. Cependant à travers les concepts du spectre autistique ou schizophrénique, l'abord dimensionnel commence à trouver sa place en psychiatrie.

Pour ce faire nous avons d'abord sélectionné une échelle de dépression de l'adolescent parmi plusieurs échelles validées. Les critères de sélection étant :

- une rapidité d'exécution de l'échelle, car puisqu'il y a deux échelles à faire passer il faut éviter la perte de motivation ou d'attention qui pourrait nuire au remplissage des questionnaires
- une bonne sensibilité
- une étude validée et traduite en français.

Afin de faire un choix nous avons comparé les deux échelles les plus utilisées :

La première est la KADS «Kutcher Adolescent Dépression Scale». La KADS est un auto questionnaire, destiné au dépistage d'une symptomatologie dépressive en évaluant les composantes anxieuses, thymiques, suicidaires, du plaisir, et du retentissement somatique. La KADS a été validée pour une population de 12 à 18 ans. L'adolescent doit répondre au questionnaire en fonction de son état psychique des quinze derniers jours. Chaque item est coté de 0 à 3 suivant quatre degrés différents de sévérité allant de « rarement » à « tout le temps ». Un score supérieur ou égal à 6 conclut à un état dépressif. L'étude de validation de la KADS de 2002 [62] démontre l'efficacité de la KADS par rapport à l'échelle « Beck Depression Inventory » (BDI) et estime un seuil de sensibilité/spécificité autour de 0,92/0,71.

La seconde échelle est l'ADRS (Adolescent Depression Rating Scale) composée d'un auto questionnaire et d'un hétéro questionnaire de 10 items chacun. Dans l'auto questionnaire, les propositions sont fermées entraînant des réponses dichotomiques par «Vrai» ou «Faux». La cotation de cette échelle est binaire (0 ou 1), avec un diagnostic de dépression pour tout score supérieur à 4. Par contre, l'hétéro questionnaire propose des questions ouvertes et donc des réponses à choix multiples. Les réponses sont cotées de 0 à 4, et le seuil de positivité de cette échelle est de 20. Dans l'étude de validation de l'ADRS de 2007 [78], l'ADRS a été comparée à l'échelle d'Hamilton et à la BDI. Cet article, démontre l'efficacité de l'ADRS par rapport aux deux autres échelles et estime un seuil de sensibilité/spécificité autour de 0,83/0,78 (pour hétéro-questionnaire) et 0,8/0,6 (pour l'auto-questionnaire).

Pour l'étude du phénomène de « dépressivité » chez l'adolescent, j'ai choisi l'échelle KADS, car elle présentait une sensibilité plus élevée que l'ADRS, d'environ 0,83 pour ADRS contre 0,92 pour la KADS. La KADS est donc capable de dépister plus largement les troubles du spectre dépressif y compris les états dits de « dépressivité ». Nous avons aussi retenu la KADS puisqu'elle est plus simple d'utilisation et donc facilement reproductible sur de grands échantillons : notre but étant de faire passer cette échelle à un plus grand nombre d'adolescents dans des populations cliniques et non cliniques. L'ADRS de par sa caractéristique d'hétéro questionnaire aurait réduit considérablement l'échantillon.

Par ailleurs, le choix de propositions dichotomiques de l'ADRS est moins précis cliniquement que l'utilisation de variables ordinales dans la KADS. En effet, l'utilisation de plus de deux variables ordinales rend l'échelle plus précise et puissante.

Une fois l'échelle de dépression sélectionnée, nous avons comparé et cherché des correspondances possibles entre les items de la KADS et ceux de l'échelle de « dépressivité ».

Items de la KADS	Items de l'échelle de dépressivité
1 : Humeur basse, 'down', déprimé(e), pas envie de prendre la peine	Item 11 : « j'ai des moments de tristesse sans raison »
2 : Des sentiments d'être sans valeur, sans espoir, de décevoir, de ne pas être une bonne personne.	Item 6 : « je doute de moi »
3 : Se sentir fatigué(e), sans énergie, difficilement motivé(e) , doit te pousser pour compléter des activités.	Item 3 « j'ai des moments de fatigue sans raison »
4 : Sensation que la vie n'est pas agréable, se sentir en mauvaise santé lorsque tu n'as pas l'habitude, ne pas avoir autant de plaisir que d'habitude	Item 1 : « je n'ai pas de plaisir dans la vie » Item 12 : « je ne suis pas satisfait de ma vie »
5 : Se sentir inquiet(e), nerveux (se), affolé(e), tendu(e), angoissé(e) et anxieux (se)	Item 14 : « j'ai des ruminations avant le coucher »
6 : Avoir des pensées, des plans ou des gestes suicidaires, ou encore de l'automutilation (se blesser intentionnellement)	Item 16 : « je pense à la mort »

Une fois sélectionnée la KADS a été présentée aux thérapeutes du centre Oreste, ainsi qu'aux médecins scolaires, aux infirmières et aux proviseurs des lycées. La KADS a été diffusée dans les mêmes conditions que l'échelle de « dépressivité » et a été distribuée en même temps.

e) Diagnostic CIM 10

Cette évaluation concerne uniquement la population adolescente suivie au Centre Oreste. Elle va se baser sur l'évaluation du thérapeute après plusieurs séances de consultation avec l'adolescent. Au cours de sa prise en charge, le thérapeute sera amené à poser un diagnostic en se fondant sur les critères CIM 10.

Ensuite nous avons réparti ces diagnostics en cinq catégories pour permettre la comparaison avec les scores obtenus avec les deux échelles. Ces catégories sont F32 qui correspond aux diagnostics du spectre dépressif, F4x qui représente les troubles anxieux de manière générale, F43 qui désigne les troubles de l'adaptation, F50 qui représente les troubles alimentaires et F9x qui correspond à tous les troubles de conduite et émotionnel de l'adolescence.

4. Analyse statistique

L'analyse statistique a été faite en collaboration avec Mme Sylvie Roux ingénieur de recherche INSERM au centre Universitaire de Pédiopsychiatrie du CHU de Tours à l'aide des logiciels Statistica V12 Software et Excel Stat..

Dans un premier temps, j'ai recensé et saisi les données de chaque échelle à l'aide du logiciel Excel. Puis nous avons fait une analyse descriptive de la population étudiée.

La validité interne du questionnaire de « dépressivité » a été étudiée à l'aide d'une analyse en composantes principales, qui permet d'analyser les fondements et la cohérence de l'échelle de « dépressivité ».

Et enfin nous avons testé la validité externe de l'échelle de « dépressivité », en comparant cette échelle à l'échelle de dépression sélectionnée (KADS). Pour cela nous avons utilisé des tests non paramétriques qui sont le test de Mann-Whitney pour comparer des variables quantitatives et le test du Chi2 pour les variables qualitatives.

A noter que tout au long de l'étude, le test statistique est considéré comme significatif dès lors que la "p-valeur" est inférieure ou égale à 0,05.

B) RESULTATS

1. Analyse descriptive des deux populations pour le sexe et l'âge

On rappelle que durant toute la durée de l'étude, 57 adolescents ont été inclus dans l'étude du Centre Oreste et 93 dans celle des établissements scolaires.

Ce sont donc au total 150 adolescents qui ont été inclus dans cette étude avec un âge moyen de 15,8 ans. Les statistiques ne montrent aucune différences significatives dans la répartition d'âge entre la population du centre Oreste et celle scolarisée ($p: 0,318$). Concernant la répartition des sexes, on note une prédominance de filles dans le groupe Oreste avec 72% de filles contre 28% de garçons. Dans la population adolescente scolarisée, le ratio est plutôt équitable, avec 53% de garçons et 47% de filles. Ces résultats ne montrent pas de différence clairement significative entre les garçons et les filles dans les deux populations (p à 0,008).

	Nombre de garçons	Nombre de filles	Total
Oreste	16 (28%)	41 (72%)	57
Témoin	48 (53%)	45 (47%)	93
Total	64	86	150

Tableau 1 : Répartition des sexes des 2 populations

2. Echelle de « dépressivité »

a) Etude des items

Je rappelle que l'échelle de « dépressivité » construite pour cette étude, est composée de 16 items cotés de 0 à 2 avec pour réponse «jamais, parfois, souvent». L'analyse statistique de cette échelle indique que les réponses aux items sont quasiment toutes significativement différentes dans le groupe Oreste et dans le groupe témoin (population des collégiens et lycéens tout venant). Hormis pour l'item 7 où l'on n'observe aucune différence ($p=0,13$) et pour l'item 15 où la dissociation des deux groupes est plus faible ($p=0,047$).

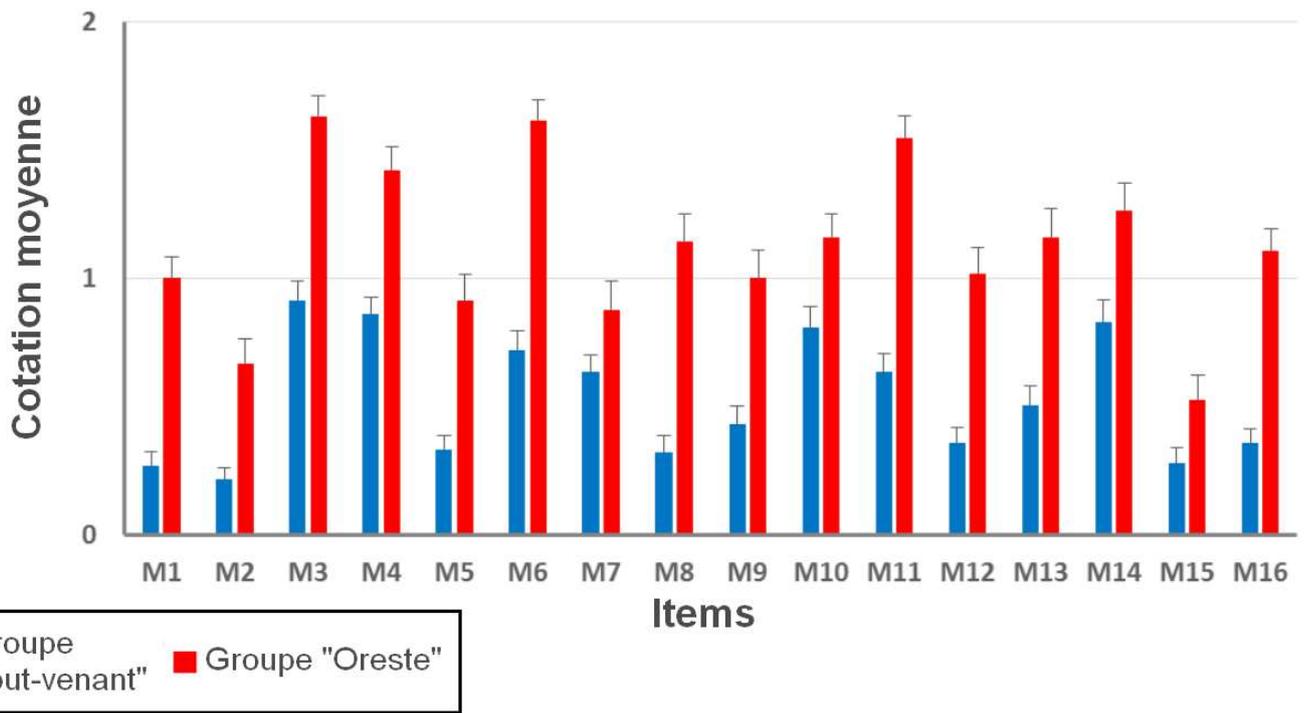
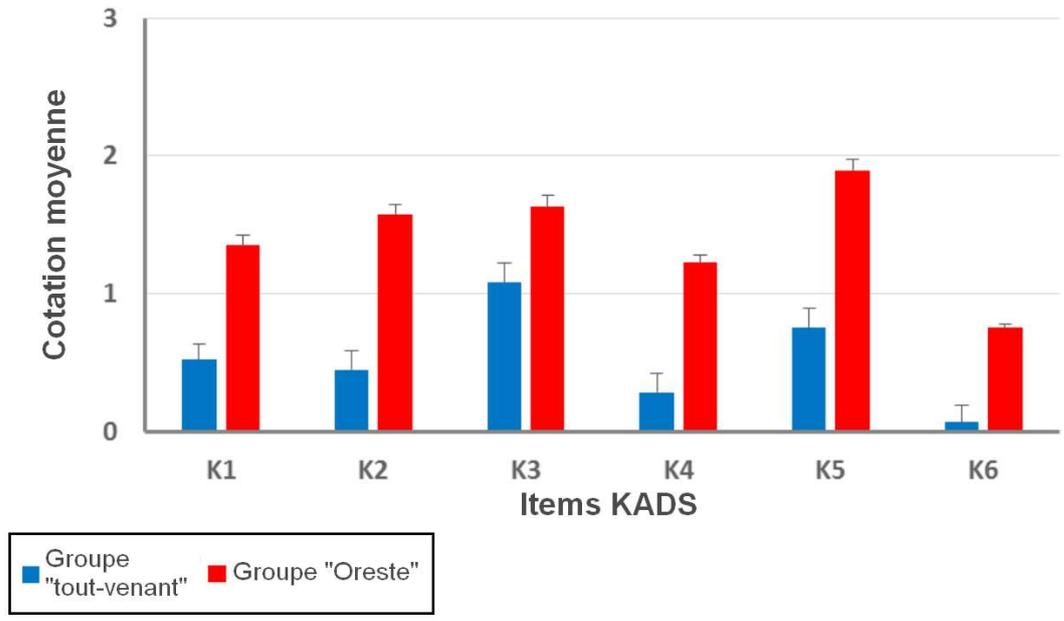


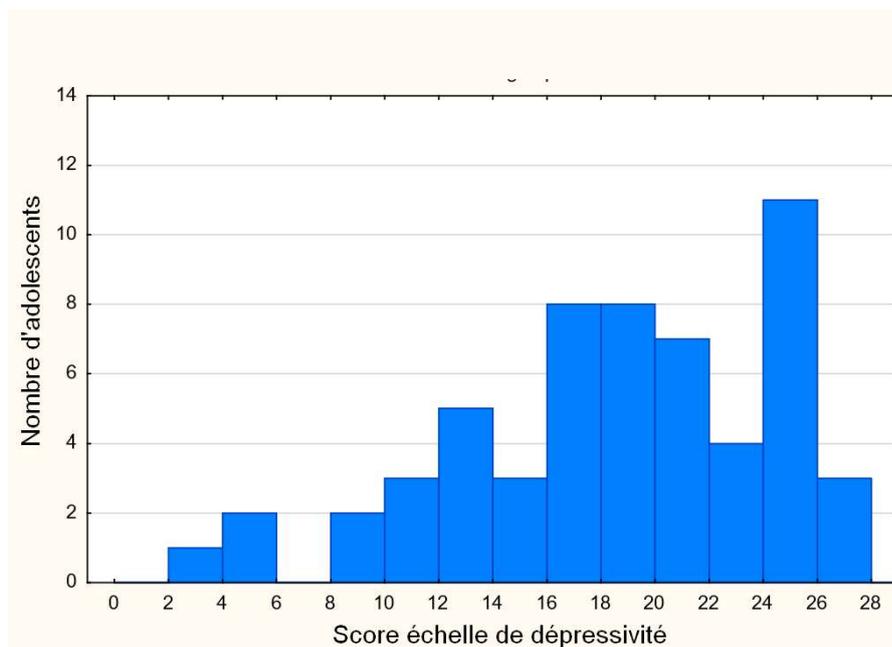
Figure 2 : Répartition, dans les 2 groupes, des scores pour chaque item de l'échelle de « dépressivité »

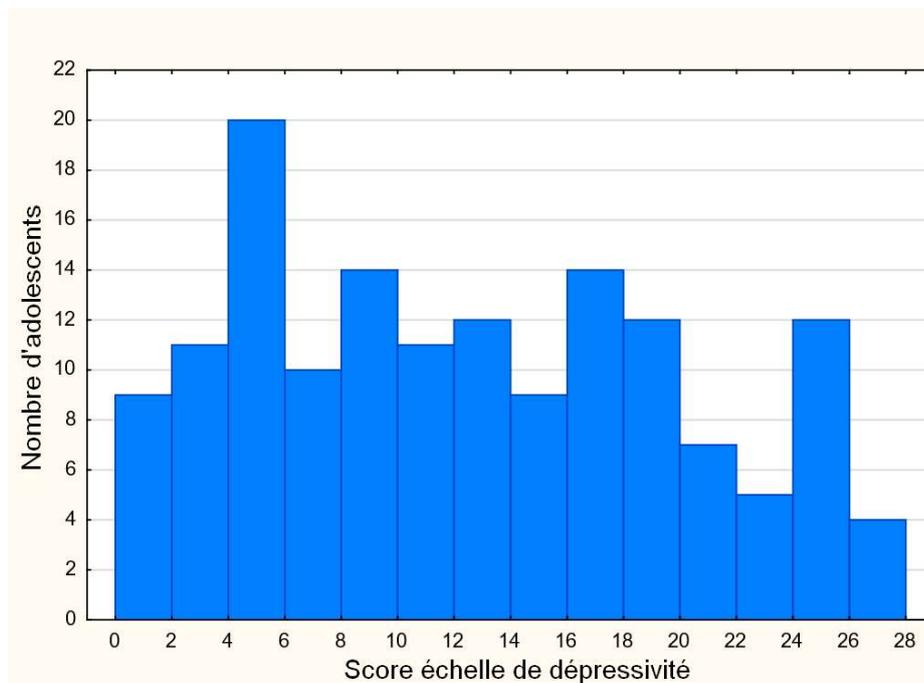
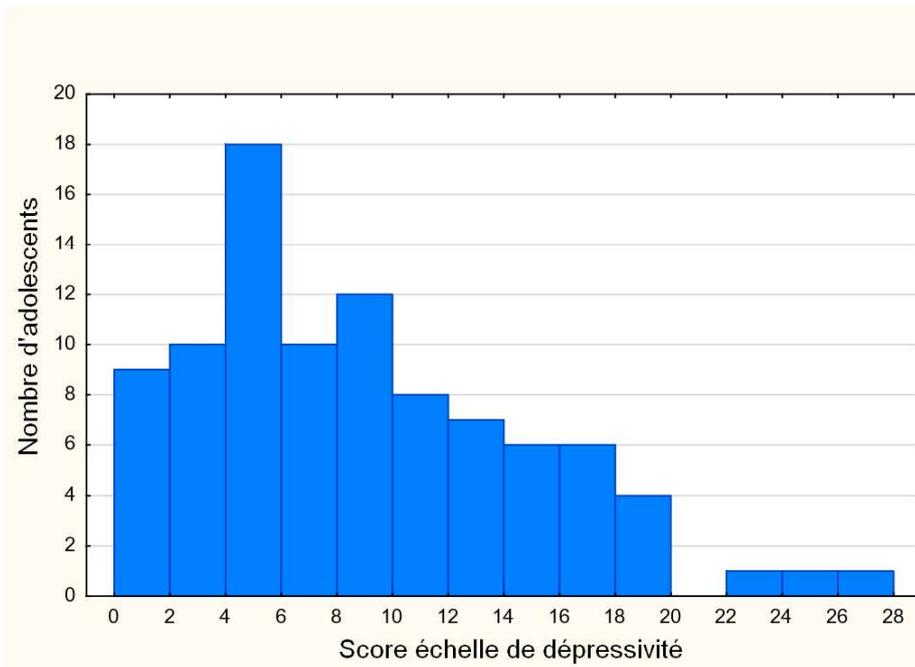
En regardant la Figure 2, on remarque que pour le groupe Oreste les items: 3 «j'ai des moments de fatigue sans raison», 4 «je m'ennuie», 6 « je doute de moi», et 11 «j'ai des moments de tristesse sans raison» sont plus fortement cotés que les autres items. Tandis que pour le groupe témoin, ce sont les items 3 «j'ai des moments de fatigue sans raison», 4 «je m'ennuie», 10 «j'ai des difficultés à m'intéresser aux cours» , 14 «j'ai des ruminations anxieuses avant le coucher».

Lorsqu'on analyse la répartition des scores totaux du questionnaire de « dépressivité » on remarque un continuum entre le groupe Oreste et le groupe témoin. (Figure 3). De ces observations nous avons réalisé une étude de la structure factorielle de l'échelle de « dépressivité ».

Pour conclure tous les items sont corrélés entre eux sauf les items 7 « j'ai la nostalgie de mon enfance » et 15 « je n'ai pas de projet d'avenir » qui expriment probablement autre chose. Par ailleurs, ils ne dissocient pas ou peu les deux groupes «Oreste » et « Témoin».

Figure 3 : Continuum entre les 2 groupes (Oreste et témoin) pour les scores totaux de l'échelle de dépressivité





b) Corrélation de l'échelle de « dépressivité » à la KADS

Nous avons fait une Analyse en Composantes Principales (ACP) sur les 16 items cotés sur la population totale. Étant donnée que les modalités de réponse aux items sont des variables ordinales à 3 niveaux, l'ACP a été réalisée à partir d'une matrice de corrélations polychoriques. (figure 4). Après avoir retiré l'item 7 et l'item 15, on remarque une corrélation très forte entre le score de la

KADS et le score de l'échelle de « dépressivité » ($p < 0,0001$). Ainsi le questionnaire de « dépressivité » devient unidimensionnel, et cet unique facteur explique 50,2% de la variance totale (valeur propre 8,03) et comprend 14 items (corrélations $\geq |0,50|$).

Les deux échelles corrélées nous permettent par la suite de les étudier et les comparer.

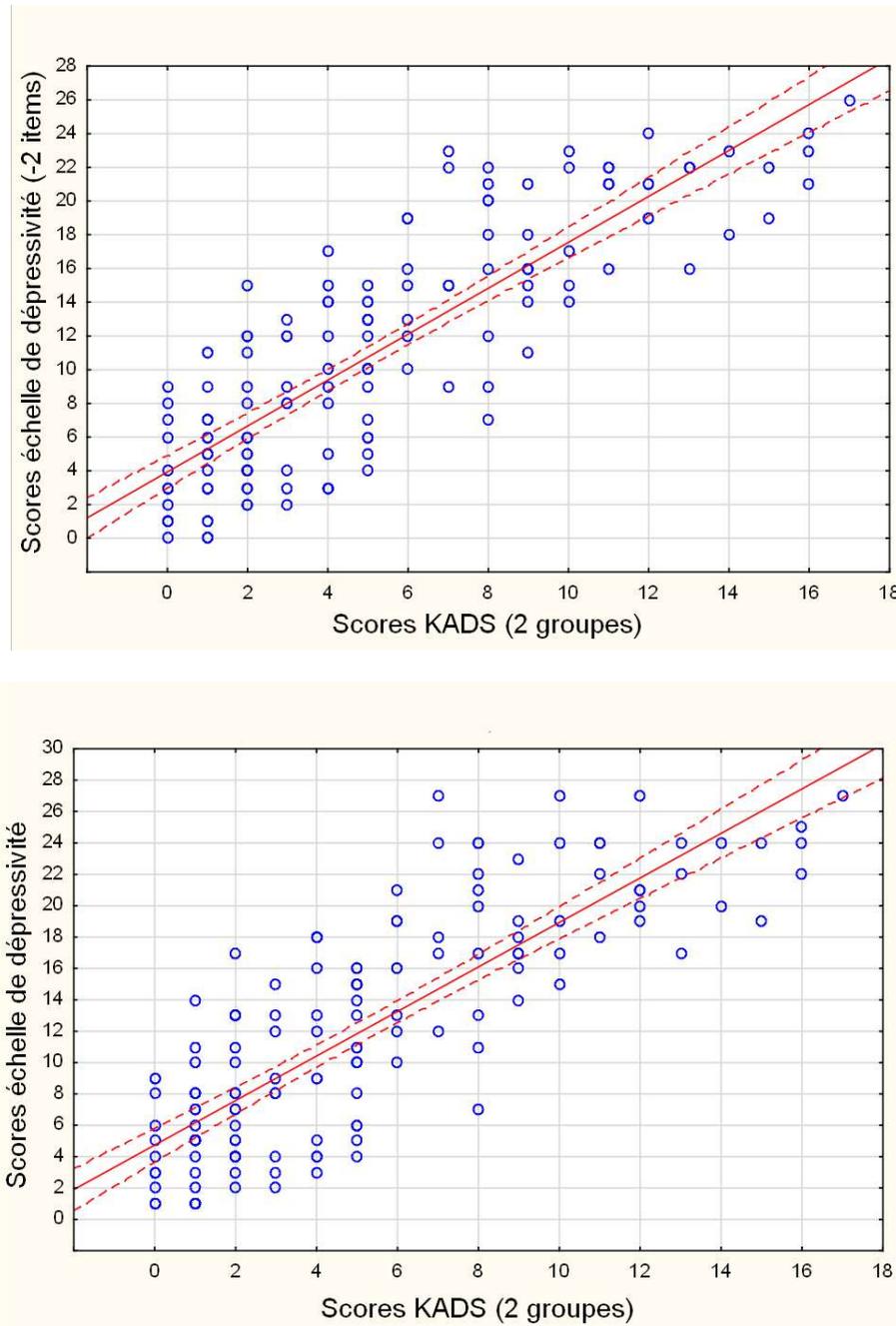


Figure 4 : Corrélation entre l'échelle de dépressivité et la KADS

Pour la suite de l'étude nous allons donc poursuivre les analyses statistiques en retirant de l'échelle les items 7 et 15.

c) Recherche de la sensibilité/ spécificité

Afin de déterminer le seuil de l'échelle de « dépressivité », nous avons réalisé une analyse ROC (Receiver Operating Characteristics), pour ainsi étudier la capacité de l'échelle à discriminer les personnes du groupe Oreste de celle du groupe Témoin. L'analyse porte sur le score de « dépressivité » qui je le rappelle est la somme des 14 items isolés par l'ACP.

On constate qu'un score ≥ 11 correspond au couple spécificité / sensibilité maximum que l'on peut obtenir., On a une sensibilité à 0,86 et une spécificité à 0,73.

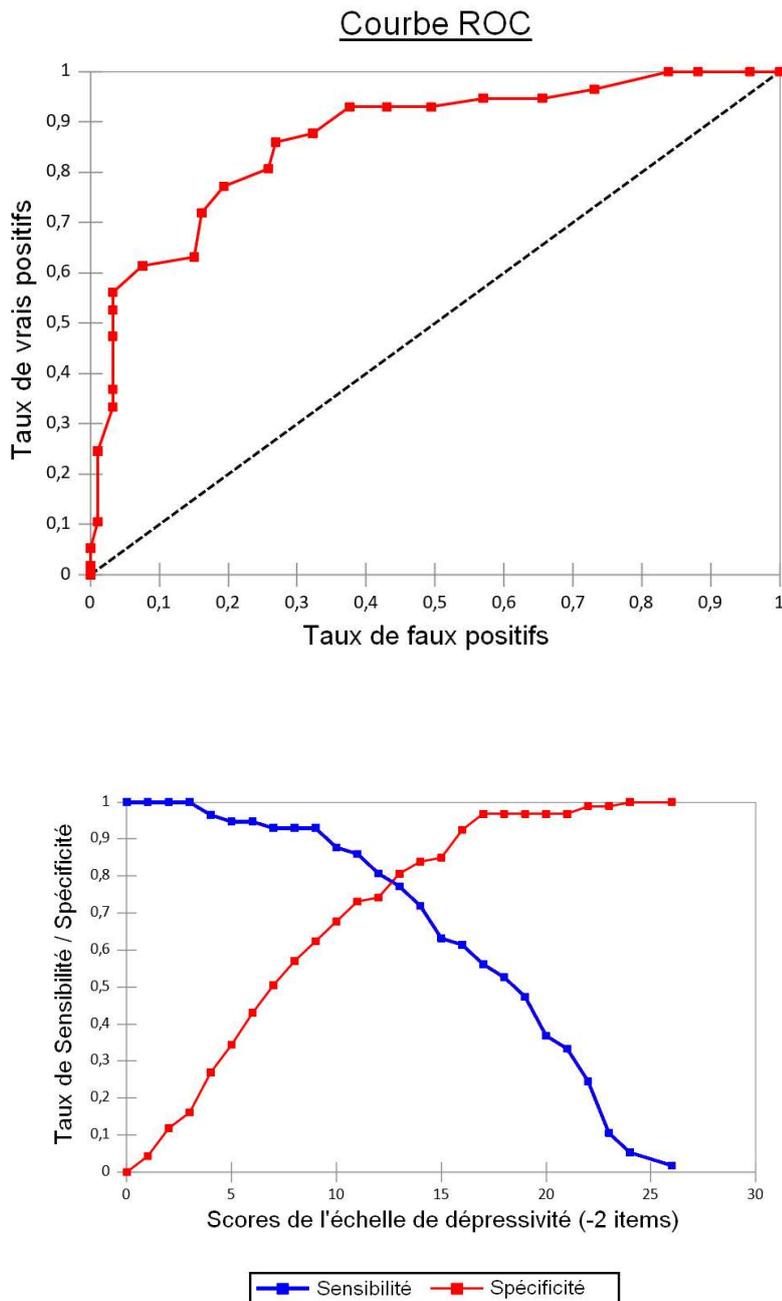


Figure 5 : Courbe ROC

Ainsi pour un score ≥ 11 , l'échelle de « dépressivité » est positive chez 86% des adolescents du centre Oreste et chez 26% de la population adolescente scolarisée.

d) Analyse descriptive de l'échelle de « dépressivité »

Si l'on s'intéresse de plus près aux caractéristiques démographiques de la population avec une échelle de « dépressivité » positive, nous remarquons qu'il y a significativement plus de filles présentant une « dépressivité » que de garçons ($p=0,0009$).

En revanche concernant l'âge on n'observe aucune différence significative entre ceux qui un score positif et ceux qui ont un score négatif à l'échelle de « dépressivité » ($p=0,37$). (Tableau 2)

	Garçons	Filles	Total
Nombre d'adolescents sans dépressivité	43 (57%)	33 (43%)	76
Nombre d'adolescents en dépressivité	21(28%)	53 (72%)	74
Total	64	86	150

Tableau 2 : Répartition de la positivité à l'échelle de dépressivité en fonction du sexe dans les deux populations (Oreste et témoin)

3. Analyse de la KADS

Dans le recrutement au centre Oreste, on retrouve une symptomatologie dépressive chez 72% des adolescents selon les critères de la KADS. Tandis que 16% de la population adolescente scolarisée présente un score de KADS positif.

Si on regarde la répartition filles/garçons en fonction du score de l'échelle de dépression (KADS), on remarque qu'il y a plus de filles déprimées par rapport aux garçons, dans le groupe Oreste comme dans le groupe témoin, (tableau 3 et 4)

	Garçons	Filles	Total
Nombre de « non dépressifs » (KADS-)	8 (50%)	8 (50%)	16
Nombre de dépressifs (KADS+)	8 (20%)	33 (80%)	41
Total	16	41	57

Tableau 3 : Répartition des résultats KADS en fonction du sexe dans le groupe Oreste

	Garçons	Filles	Total
Nombre d'adolescents « non déprimés » (KADS-)	44 (56%)	34 (44%)	78
Nombre d'adolescents déprimés (KADS+)	4 (27 %)	11 (73%)	15
Total	48	45	93

Tableau 4 : Répartition des résultats KADS en fonction du sexe dans le groupe « Tout-venant »

En comparant les diagnostics CIM 10 aux diagnostics donnés par la KADS, on s'aperçoit que 100% des diagnostics d'épisodes dépressifs caractérisés (F32) ont une KADS positive. De même pour 75% des troubles anxieux (F4x), 100% des anorexiques, et que 64% des troubles de l'adaptation. (tableau 5)

A propos des diagnostics associés, on ne retrouve aucune différence significative entre la présence d'un diagnostic associé et le score de la KADS. (tableau 6)

Diagnosics		KADS-	KADS+	Total :
F32	Nombre	0	9	9
	% du diagnostic F32	0 %	100 %	
F40-41-44	Nombre	4	12	16
	% du diagnostic F40-41-44	25 %	75 %	
F50	Nombre	0	2	2
	% du diagnostic F50	0 %	100 %	
F90-91	Nombre	2	0	2
	% du diagnostic F90-91	100 %	0 %	
F43	Nombre	10	18	28
	% du diagnostic F43	36 %	64 %	
	Total :	16	41	57

Tableau 5: Résultats KADS en fonction du diagnostic clinique

	Absence de diagnostic associé	Présence d'un diagnostic associé	Total
Nombre d'adolescents « non dépressifs » (KADS-)	11 (69%)	5 (31%)	16
Nombre d'adolescents dépressifs (KADS+)	28 (68%)	13 (32%)	41
Total	39	18	57

Tableau 6 : Résultats KADS en fonction de la présence d'un diagnostic associé

4. Dépression et « dépressivité »

Sur les 150 adolescents des deux groupes on dénombre 74 cas présentant une valeur d'échelle de « dépressivité » positive et parmi ceux-ci, 22 adolescents (14,6%) ont obtenu un score de KADS inférieur à 6, (négatif). Cette population nous intéresse tout particulièrement car elle tend à prouver que ces 22 adolescents auraient un « diagnostic » de « dépressivité » sans dépression. De plus, ils se répartissent relativement équitablement entre les deux populations. En effet il en a 10 dans le groupe Oreste (17,5%) et 12 dans le groupe témoin (13%). (tableau 7 et 8)

A l'analyse des résultats, on observe des résultats inattendus chez 4 adolescents (2 dans le groupe Oreste et 2 dans le groupe témoin) qui obtiennent un score de « dépressivité » négatif avec un score de KADS positif.

	<i>KADS < 6</i> <i>Dépressivité < 11</i>	<i>KADS > 6</i> <i>Dépressivité < 11</i>	<i>KADS < 6,</i> <i>Dépressivité > 11</i>	<i>KADS > 6</i> <i>Dépressivité < 11</i>	Total
Groupe Oreste	6(10,5 %)	39 (68,5%)	10 (17,5%)	2 (3,5%)	57
Groupe Témoin	66 (71%)	13 (14%)	12 (13%)	2 (2%)	93

Tableau 7 : Comparaison de la KADS et le d'échelle de « dépressivité »

Lors qu'on se concentre maintenant sur les 10 adolescents ayant obtenu un score supérieur ou égal à 11 sur l'échelle de « dépressivité » et une KADS négative, on observe que parmi eux 4 ont un diagnostic de trouble anxieux (F4x) et 4 un diagnostic de trouble de l'adaptation.

5. Analyse des items

Lors de l'analyse des deux items avant qu'on les retire de l'échelle de « dépressivité », on remarque qu'ils s'opposent tous deux. En effet lorsque l'item 7 « j'ai la nostalgie de mon enfance » est fortement coté, à l'inverse, l'item 15 « je n'ai pas de projet d'avenir » l'est faiblement.

Si on se concentre sur les adolescents ayant eu un score de KADS positive, on repère à travers un test non paramétrique de Mann-Whitney, des items plus fortement cotés que d'autres. Les adolescents du groupe Oreste avec une KADS positive ont coté très fortement les items 3 « j'ai des moments de fatigue sans raison », 6 « je doute de moi », 11 « j'ai des moments de tristesse sans raison », 13 « je ne me sens pas bien dans mon corps », et 14 « j'ai des ruminations avant le coucher », alors que ceux du groupe témoin ont coté fortement les items 3 « j'ai des moments de fatigue sans raison », 11 « j'ai des moments de tristesse sans raison », 13 « je ne me sens pas bien dans mon corps », et 14 « j'ai des ruminations avant le coucher ».

N° des items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Groupe Oreste	1,14	0,8	<u>1,8</u>	1,5	1,04	<u>1,7</u>	0,97	1,16	1,1	1,2	<u>1,85</u>	<u>1,4</u>	<u>1,36</u>	<u>1,51</u>	0,46	1,1
Groupe témoin	0,86	0,6	<u>1,5</u>	1,3	0,6	1,3	1	0,7	1	1,26	<u>1,5</u>	1,06	<u>1,4</u>	<u>1,6</u>	0,5	0,8

Tableau 8 : Scores des items de l'échelle de « dépressivité » (moyenne : de 0 à 2)

Pour les 22 adolescents présentant une échelle de « dépressivité » positive avec une KADS négative, on observe que les items les plus fortement cotés de l'échelle de « dépressivité » sont les items 4 « je m'ennuie », 6 « je doute de moi », 10 « j'ai des difficultés à m'intéresser aux cours » et que les items les plus faiblement cotés de la KADS sont les items 4 (« Sensation que la vie n'est pas agréable, se sentir en mauvaise santé lorsque tu n'as pas l'habitude, ne pas avoir autant de plaisir que d'habitude. ») et 6 (« Avoir des pensées, des plans ou des gestes suicidaires, ou encore de l'automutilation (se blesser intentionnellement) »).

N° des items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Scores des items (moyenne : de 0 à 2)	0,6	0,3	0,9	<u>1,1</u>	0,5	<u>1,2</u>	0,8	0,8	0,6	<u>1,2</u>	0,9	0,6	0,7	0,8	0,6	0,7

Tableau 9 : scores des items de l'échelle de « dépressivité » pour les 22 adolescents (dépressivité + / KADS-)

N° des items	1	2	3	4	5	6
Scores des items (moyenne : de 0 et 3)	0,5	0,6	0,8	<u>0,2</u>	0,8	<u>0,2</u>

Tableau 10 : scores des items de l'échelle de dépression (KADS) pour les 22 adolescents (« dépressivité » + / KADS-)

Les adolescents diagnostiqués en dépression par le diagnostic CIM 10 cotent différemment les items de l'échelle de « dépressivité ». en effet, ils auront tendance à coter fortement la plupart des items sauf l'item 7 « j'ai la nostalgie de mon enfance », l'item 9 « je me sens en décalage avec

les jeunes de mon âge », et l’item 15 « je n’ai pas de projet d’avenir ».

N° des items	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Moyenne de réponses (de 0 à 2)	1,3	1	1,8	1,7	1,2	2	0,7	1,3	0,7	1,4	2	1,5	1,5	1,6	0,5	1,3

Tableau 11 : Réponses aux items de l’échelle de « dépressivité » pour les adolescents diagnostiqués F32

V. Discussion

L'étude avait pour but d'évaluer la « dépressivité » dans une population d'adolescents âgés de 13 à 18 ans. Pour remplir cet objectif, nous avons construit une nouvelle échelle spécifique. Par extension, cette étude a également permis de s'interroger sur l'existence d'un continuum entre « dépressivité » et dépression.

Dans ce chapitre, nous allons analyser les résultats de notre étude en les comparant aux données existantes de la littérature. Cette analyse permettra notamment d'en déduire la place qu'occupent les adolescents en « dépressivité » dans la population générale. Nous tenterons d'expliquer ces résultats puis nous analyserons leur cohérence avec nos hypothèses. Enfin, nous expliciterons les biais et limites de cette étude.

A) DISCUSSION DES RESULTATS

1. Critères démographiques

L'étude sur les critères démographiques (tels que l'âge et le sexe) permet d'analyser la comparabilité des deux groupes de l'étude pour ensuite les analyser. Notre étude n'a pas montré une différence significative entre ces deux groupes concernant l'âge de la population adolescente. Les deux groupes sont donc comparables avec un âge moyen de 15,8 ans.

En outre, il existe une différence significative en fonction du sexe : on observe dans le groupe Oreste une majorité de filles quand la parité est quasiment respectée dans le groupe témoin. Cette différence peut être attribuée au fait qu'il y a une supériorité numérique de filles dans le recrutement du centre Oreste. En effet, les données épidémiologiques [56] indiquent que 29,1% des jeunes filles de la tranche 15-19 ans ont recours aux soins contre 13,3% des garçons de cette tranche.

2. Fréquence de la dépression et de la « dépressivité » dans les deux populations

Notre hypothèse de départ supposait que les fréquence de dépression et de « dépressivité » de l'étude étaient approximativement semblable à celles de la littérature pour la population adolescente tout-venant.

Contrairement à cette hypothèse, la fréquence de dépression des adolescents tout-venant dans notre étude est largement supérieure à la prévalence de la dépression en population générale adolescente. En effet, on retrouve un taux de dépression au cours de cette étude de 16% contre 6,4% en 2010 pour les 15-19 ans (prévalence mesurée par le Baromètre santé de Inpes en France) [10]. Nos résultats ne vont pas non plus dans le sens d'une étude faite en 2006 par Wells et al. qui retrouve une prévalence pour les 12 derniers mois de la dépression à 9 % chez une population sur la tranche des 16-24 ans [83]. Cette différence ne peut s'expliquer que par le fait que le seuil de détection de la KADS est trop faible. Nous avons donc une échelle de dépression très peu spécifique et trop sensible, ce qui a pour conséquence d'obtenir davantage de faux positifs.

En revanche, les résultats de l'étude concernant la fréquence de « dépressivité » du groupe témoin semblent concordants avec le taux de « dépressivité » retrouvé dans une étude de 1999 [52]. En effet, cette étude trouve une fréquence à 14 %, soit sensiblement le même score que notre étude (15 %).

Dans le groupe Oreste, il est attendu que l'on retrouve une fréquence de dépression supérieure à celle de la littérature puisqu'il y a un biais de recrutement lié au site. On retrouve ainsi une dépression touchant 72% des adolescents, environ dix fois plus élevée que celle de la population générale adolescente (qui est de l'ordre de 4 à 8 %). Néanmoins, lorsqu'on regarde le taux d'épisode dépressif caractérisé se rapportant au diagnostic CIM 10 des thérapeutes du centre Oreste, on observe un taux à 15 %. Cette différence peut s'expliquer par le fait que l'évaluation du thérapeute est plus sensible aux critères de la dépression que l'échelle et qu'elle repose sur plusieurs critères d'évaluation.

De plus, la fréquence de « dépressivité » des adolescents du groupe Oreste (17%), est approximativement identique à celle du groupe témoin et aux données épidémiologiques [54].

La répartition Filles/Garçons en fonction de l'échelle de dépression (KADS) est en accord avec les données épidémiologiques existantes. Pour une population d'adolescents âgés de 15 à 19 ans, on a recensé 10% de filles déprimées pour 4% de garçon [22]. Dans une autre étude (ANAPED 2005), la prévalence d'épisodes dépressifs majeurs auprès d'adolescents de 15-19ans était de 2 %

chez les garçons et de 9 % chez les filles [21]. On retrouve un « sex-ratio » identique dans notre étude avec une proportion de 2 filles déprimées pour 1 garçon pour les deux groupes de l'étude.

3. Analyse des items

Dans notre étude, nous avons construit l'échelle de « dépressivité » en nous appuyant sur les dimensions cliniques et psychopathologiques de la souffrance psychologique à l'adolescence. Ainsi on a identifié sept catégories psychopathologiques dans lesquelles chaque item explore un domaine spécifique du phénomène de la « dépressivité ». Afin de connaître la sensibilité des items à l'échelle pour « la dépressivité », nous les avons analysés.

Dans la partie « résultats », nous avons vu que les items 7 et 15 ne différençaient pas des deux groupes. Pour expliquer ces résultats, on suppose que l'item 15 « je n'ai pas de projet d'avenir » n'est pas discriminant parce qu'il est faiblement coté par les adolescents des deux groupes. En revanche, dans les analyses faites, l'item 7 « j'ai la nostalgie de mon enfance » semble se comporter différemment des autres items. C'est à dire qu'il semble être en opposition avec eux. En particulier, lorsque l'item 7 est coté faiblement par les adolescents, ces mêmes adolescents cotent fortement certains items comme les items 6, 11,14 (items discriminant pour la dépressivité) et 15. Il semble donc mesurer autre chose que le phénomène de « dépressivité ». L'opposition des items 7 et 15, dans leurs cotations, peut s'expliquer par le fait qu'ils explorent tous deux la dimension de temporalité mais de manière inverse. L'item 7 renvoie au passé, il explore la nostalgie du passé et de l'enfance, tandis que l'item 15 est tourné vers l'avenir et le futur. Au moment de l'adolescence, l'adolescent est dans une temporalité « instantanée/ immédiate », il rencontre donc des difficultés à se projeter (du fait de leur développement cognitif encore immature), ce qui explique l'inefficacité de ces items pour mesurer la « dépressivité ».

Pour la suite de l'étude , il a été préférable de retirer les items 7 et 15 de l'échelle de « dépressivité » afin d'avoir une meilleure corrélation avec l'échelle de dépression.

Si l'on s'intéresse à présent aux scores de chaque item de l'échelle de « dépressivité », on remarque que les deux populations cotent fortement les mêmes items. Il s'agit de l'item 3 « j'ai des moments de fatigue sans raison » et l'item 4 « je m'ennuie ». Les adolescents se retrouvent dans ces deux items puisqu'ils correspondent au niveau psychopathologie à l'ennui et l'asthénie, et représentent donc des caractéristiques cliniques du processus normal de l'adolescent.

Lorsque l'on regarde les items fortement cotés pour les adolescents identifiés en dépression par la KADS : le groupe Oreste cote fortement les items 3, 11, 12, 13, 14, et 16, et le groupe témoin

les items 1, 3, 11, 12, 13, 14 (Cf. tableau x). Si on examine ces items pour les deux groupes confondus, on observe qu'ils appartiennent à deux catégories psychopathologiques : la dimension corporelle et la morosité existentielle. Ainsi ce regroupement d'items rend compte de l'aspect dimensionnel de la dépression au moins dans ces deux composantes. On note que ces catégories psychopathologiques prennent une part importante dans d'autres échelles, notamment dans l'échelle de Hospital Anxiety Depression scale (HAD) où la question du corps prédomine. De plus, le phénomène de « dépressivité » a été décrit par quelques auteurs comme une morosité de l'adolescent [66].

4. Relations entre « dépressivité » et dépression

Au début de notre travail, nous avons émis l'hypothèse qu'entre la « dépressivité » et la dépression, il existait un continuum. Pour démontrer cette hypothèse nous avons comparé les résultats de l'échelle de « dépressivité » à ceux de l'échelle de dépression.

Au cours de notre étude, on a pu observer que les adolescents diagnostiqués dépressifs par la KADS avaient la plupart du temps un score de « dépressivité » important. Cette constatation est en faveur d'un continuum dimensionnel entre « dépressivité » et dépression. En outre, chez certains adolescents, la dépression et la « dépressivité » paraissaient dissociées : l'étude a montré que 22 adolescents sur les 150 de l'étude présentaient un phénomène de « dépressivité » sans dépression tandis que 4 sujets présentaient une dépression sans « dépressivité ».

On fait l'hypothèse que la population KADS-/dépressivité+ correspond aux adolescents en état de « dépressivité ». Dans ces cas, le phénomène de « dépressivité » semble isolé, et agit indépendamment de la dépression. Cette population (KADS-/dépressivité+) correspond donc à 22 adolescents dans l'étude dont 10 proviennent du groupe Oreste (17,5% de ce groupe) et 12 du groupe témoin (15% de ce groupe). Si l'on intéresse aux raisons pour lesquelles ils ont été diagnostiqués en état de « dépressivité » sans dépression, on s'aperçoit que parmi leurs réponses, ils cotent tous faiblement les items 4 et 6 de l'échelle de dépression (KADS). L'item 4 (« Sensation que la vie n'est pas agréable, se sentir en mauvaise santé lorsque tu n'as pas l'habitude, ne pas avoir autant de plaisir que d'habitude. ») explore la perte d'intérêt ou de plaisir. A savoir que l'anhédonie et l'aboulie font parties des critères majeurs pour le diagnostic de dépression. L'item 6 (« Avoir des pensées, des plans ou des gestes suicidaires, ou encore de l'automutilation (se blesser intentionnellement) ») fait référence aux risques suicidaires. On peut ainsi faire l'hypothèse que ces deux items sont discriminants dans le diagnostic de dépression caractérisée puisqu'ils sont cotés faiblement dans les cas diagnostiqués en état « dépressivité ».

Par ailleurs, ces adolescents vont coter fortement les items 4 « je m'ennuie », 6 « je doute de moi » et 10 « j'ai des difficultés à m'intéresser aux cours ». A travers ces résultats, on peut en déduire que ces items cotent probablement en faveur d'un phénomène de « dépressivité ». Cela peut s'expliquer par le fait que ces items sont transversaux et qu'ils balayent de manière peu spécifique et trop générale la dépression. Pour déterminer avec certitude si ces items sont discriminant pour le phénomène de « dépressivité », il faudrait étudier dans une prochaine étude, le couple sensibilité / spécificité de chaque item.

Nous avons aussi constaté que la « dépressivité » se différenciait de la dépression dans 4 cas. Ces 4 cas d'adolescents étaient diagnostiqués dépressif par la KADS avec un score de « dépressivité » négatif. Ce phénomène peut s'expliquer par une trop grande sensibilité de l'échelle de dépression de la KADS et une trop faible spécificité. En faisant cette hypothèse, on considère que ces 4 cas sont de faux positifs. Néanmoins, en s'intéressant à leurs réponses, nous observons qu'ils ont cotés fortement à la KADS : l'item 3 « Se sentir fatigué(e), sans énergie, difficilement motivé(e) , doit te pousser pour compléter des activités » et l'item 5 « Se sentir inquiet(e), nerveux (se), affolé(e), tendu(e), angoissé(e) et anxieux (se) ». L'explication que nous pouvons donner, est que les items 3 et 5 de la KADS exprimaient (comme on l'a vu précédemment) des caractéristiques cliniques normales du processus adolescent.

5. Analyse des diagnostics CIM 10

Nous avons aussi comparé les résultats des échelles de dépression et de « dépressivité » au diagnostic CIM 10 posé par le thérapeute. Cette analyse vise à connaître le diagnostic CIM10 se rapprochant le plus du diagnostic de « dépressivité ». En posant comme hypothèse que le phénomène de « dépressivité » est une période transitoire d'adaptation, le diagnostic CIM 10 qui s'en rapproche le plus est le trouble de l'adaptation.

Le diagnostic CIM 10 tend à confirmer les résultats obtenus par l'échelle de dépression (KADS) puisque 100% des adolescents diagnostiqués avec un trouble dépressif (F32) avaient un score de KADS positif. Par ailleurs dans notre étude, parmi les adolescents du groupe Oreste présentant un phénomène de « dépressivité » (KADS -/ « dépressivité » +) 40 % étaient diagnostiqués avec un trouble de l'adaptation. En faisant l'hypothèse que le trouble de l'adaptation correspond au diagnostic CIM10 du phénomène de « dépressivité », on remarque que le diagnostic CIM 10 valide aussi l'échelle de « dépressivité ». Ainsi ces résultats renforcent la cohérence de l'échelle de « dépressivité » avec ce qu'elle dépiste.

Si, maintenant nous nous intéressons aux items de l'échelle de « dépressivité » faiblement cotés par les adolescents avec un diagnostic CIM10 de trouble dépressif (F32) : nous avons remarqué qu'ils cotent peu les items 7 « j'ai la nostalgie de mon enfance », 9 « je me sens en décalage avec les jeunes de mon âge », 15 « je n'ai pas de projet d'avenir ». Nous pouvons penser que ces items ne sont pas discriminants dans l'évaluation de la dépression. Hormis pour l'item 9, ces résultats sont cohérents avec nos précédentes constatations.

Pour conclure, l'étude a montré le caractère dimensionnel entre dépression et « dépressivité ». De cette observation et des résultats de l'étude on peut en déduire que l'échelle de « dépressivité » est un outil de pré-dépistage de la « dépressivité ».

B) LES LIMITES DE L'ETUDE

Une des limites de cette étude est le faible effectif d'adolescents recensés au centre Oreste malgré une période d'étude relativement longue de 6 mois. En effet, seulement 57 adolescents ont été inclus sur les 187 consultant au centre Oreste sur la période de l'étude, soit 30% des adolescents venant consulter pour la première fois au centre Oreste. Pour expliquer un tel écart, on peut faire l'hypothèse que les adolescents qui n'ont pas répondu aux deux échelles ne se sentaient pas concernés par le thème de l'étude. On peut imaginer aussi qu'ils ont eu peur des conséquences de leurs réponses. Cela pose le problème d'un biais de sélection, et notamment un biais de non-réponse, puisque les non répondants peuvent avoir des cliniques et des présentations psychopathologiques qui diffèrent de ceux qui répondent. Ainsi, le fait que tous les adolescents étaient en droit de répondre ou pas aux auto-questionnaires (selon leur envie), créait donc un biais dans la sélection de la population. Ce biais s'applique en particulier au groupe Oreste, où il est probable que les 30 % d'adolescents inclus ne soient pas représentatifs de la population générale d'Oreste. Afin de minimiser ce biais, les adolescents répondaient de manière anonyme.

Nous avons aussi un biais d'admission au sein du recrutement de la population d'Oreste. Puisque que tous les adolescents recrutés au Centre Oreste présentaient un trouble (dépressif ou non) et avaient été adressé par de Médecin. Cependant, tout au long de l'étude nous avons pris ce biais en compte.

De plus, les variables étudiées dans les deux échelles de l'étude sont des variables qualitatives et donc sujettes à la subjectivité de l'adolescent au moment du recueil des données. Cela conduit à un biais de subjectivité. De même, l'interprétation des items peut être soumise à l'interprétation du lecteur. Pour éviter ce biais nous avons construit un guide d'utilisation, orientant et aidant les adolescents à répondre à l'échelle de « dépressivité ».

Une autre limite de l'étude a été de ne pas étudier les facteurs de risque d'évolution vers une dépression pour les adolescents présentant un phénomène de « dépressivité ». On pourrait imaginer poursuivre cette étude en réévaluant les adolescents en « dépressivité » du centre Oreste à 6 mois et ainsi identifier les facteurs de risque pour ceux qui sont devenus dépressifs.

Néanmoins, même si nous n'avons pas étudié le risque d'évolution vers la dépression, ce questionnaire peut être utilisé comme un outil de pré-dépistage (au vu du caractère dimensionnel de la « dépressivité ») et peut servir à adapter le suivi et à orienter la conduite thérapeutique, afin d'éviter le risque d'évolution vers la dépression. Lors de son suivi, le thérapeute pourra reprendre en entretien les dimensions explorées par l'échelle de « dépressivité » pour amener l'adolescent à les travailler (dimensions psychopathologiques qui ont un caractère d'intensité plus faible que celui de la dépression).

Ainsi, ce questionnaire peut être utilisé comme un outil d'évaluation du trouble dépressif et pourra par ce biais orienter la conduite à tenir concernant l'indication d'un traitement médicamenteux.

Conclusion

La fréquence du phénomène de « dépressivité » ainsi que les conduites à risque qu'il engendre nous amènent à nous questionner sur la prise en charge des adolescents en « dépressivité » et sur la prévention de l'évolution vers une dépression caractérisée.

En premier lieu nous avons défini le phénomène de « dépressivité » comme un processus normal et transitoire, réactionnel aux remaniements qui surviennent durant la puberté et dont la présentation clinique est celle d'un adolescent morose, avec des symptômes « dépressivité » d'intensité modérée. L'étude réalisée nous a permis de décrire ce phénomène au sein de deux populations différentes d'adolescents (clinique et non clinique) et de valider la construction interne d'une échelle de dépressivité. Les résultats de cette étude sont plutôt en accord avec les données de la littérature. L'apport de notre questionnaire par rapport à l'échelle KADS est qu'il offre une vue d'ensemble plus qualitative notamment grâce au guide d'utilisation. L'échelle de « dépressivité » que nous avons construite répond en partie à la question centrale de la prise en charge, puisqu'elle en permet l'adaptation. On gardera à l'esprit qu'il serait abusif de parler de « dépistage » de la « dépressivité » puisque, comme dit, c'est un phénomène normal à l'adolescence.

Cette évaluation de la « dépressivité » peut être le point de départ d'un suivi visant à prévenir le passage à une dépression avérée en restant vigilant sur les facteurs de protection et de décompensation (échec scolaire, rupture sentimentale, conflits avec les parents...). Il serait ainsi intéressant de prolonger cette étude en réalisant un suivi prospectif des adolescents présentant une « dépressivité ». Ceci permettrait d'identifier la durée moyenne de ce phénomène ainsi que les facteurs de risque d'évolution vers une dépression caractérisée.

Bibliographie

- [1] Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent . *Elsevier Masson* ; 2005.
- [2] Alvin P, Marcelli D. Travail psychique lié à la puberté. Dans: Médecine de l'adolescent. *Elsevier Masson* ; 2005.
- [3] Alvin P. Puberté normale et pathologique : aspects médicaux et psychologiques. *EMC* (Elsevier Masson SAS); 2006. 802.
- [4] American Academy Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 1998. 37, p.63-83
- [5] Arènes J., Janvrin M-P., Baudier F. *Baromètre santé jeunes 97/98*, Edition. CFES (coll. Baromètres) ; 1999.
- [6] Arce Ross G., Dépressivité et troubles de temporalité , *Bulletin de psychologie* ; 2006. 483, p.323-333
- [7] Arbisio C., Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence , *Psychologie clinique et projective* ; 2003. 1, 9, p. 29-58.
- [8] Bedin V. Huerre P. De l'adolescent à l'adolescence, Qu'est que l'adolescence ?, *Edition Sciences Humaines*, 2009.
- [9] Bedin V. Marcelli D. Adolescence et autorité du surmoi infantile à l'idéal du moi, Qu'est-ce que l'adolescence?, *Edition Sciences Humaines* ; 2009.
- [10] Beck F., Guilbert P., Gauthier A. Environnement et qualité de vie des jeunes, *Baromètre santé jeunes 2005*, Edition Inpes (coll. Baromètres santé) ; 2007. p.459-485
- [11] Bélanger M. , Marcotte D. Étude longitudinale du lien entre les changements vécus durant la transition primaire-secondaire et les symptômes dépressifs des adolescents, *Canadian Journal of Behavior Science* ; 2013. 45, 2, p. 159-172
- [12] Berrato J.L. Inquietantes figures du vide, La boulimie une indication pour se perdre, *Edition ERES* ; 2008. p. 43-53
- [13] Birmaher B. Alexson D. Goldstein B. Four-years longitudinal course of children and adolescents with bipolar spectrum disorders: COBY, *American Journal of Psychiatry* ; 2000. 166, p.795-804
- [14] Bonnot O., États dépressifs à l'adolescence. *Traité de Médecine Akos*, *EMC* (Elsevier Masson SAS, Paris) ; 2009, 7-0354,.

- [15] Braconnier A. « Menace dépressive et dépression à l'adolescence », *Personality and conduct disorders, Adolescence* (Editions GREUPP), 2000. p. 73-85.
- [16] Braconnier A. Psychopathologie de l'adolescent, *Manuel de psychiatrie* (2e édition) ; 2012. p.499-537
- [17] Braconnier A. L'angoisse, ses transformations, son traitement à l'adolescence. *Ann Psychiatrie*; 1987. 2, p.199-201
- [18] Brooks S. The Kutcher Adolescent Depression Scale (KADS). *Child and Adolescent Psychopharmacology News*; 2004, 9, 54,p. 4-6
- [19] Brooks, S.J.,& Kutcher, S. Diagnosis and measurement of adolescent depression: A review of commonly utilized instruments. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*; 2001. 11, p.341–376.
- [20] Brooks, S.J., Krulewicz, S.,& Kutcher, S. The Kutcher Adolescent Depression Scale: Assessment of its evaluative properties over the course of an 8–week pediatric pharmacotherapy trial. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*; 2003. 13, p.337–349.
- [21] Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert P , La dépression en France – Enquête *Anadep* ; 2005, INPES ; 2009. 208 p.
- [22] Chabrol H. Troubles dépressifs, *Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent*, Paris : Dunod ; 2011. p.107-173
- [23] Choquet M. Suicide et adolescence : acquis épidémiologiques, *ISERM* ;2000
- [24] Corcos M. La dépression de l'adolescent. *Les dossiers du praticien* ; 1994, 240. 55 p
- [25] Corcos M. Problématique dépressive à l'adolescence. Les dépressions à l'adolescence. Paris : *Dunod* ; 2005, p 3-13.
- [26] Congrès Français de Psychiatrie (29 ; 2014) *European Psychiatry*, Nice, p.593-614
- [27] Dambrin C., Löning H., Systèmes de Contrôle interactifs et théorie de l'apprentissage : une relecture des travaux de R. SIMONS à la une des théories Piagiennes, *Comptabilité Contrôle Audit* ; Dec 2008. 14, p113-140
- [28] Dayan J. « Dépressivité et dépression à l'adolescence » , *Créer ou déprimer, Adolescence* ; 2011, 78. p. 737-745
- [29] Eloy A., Guillouet C. Santé perçue et comportement des jeunes en lycées publics de la région Centre, 2013, Disponible sur <http://www.regioncentre-valdeloire.fr>
- [30] Ersnt M. M.D., Ph.D, Katherine E. Korelitz, B.S. Maturation cérébrale à l'adolescence: vulnérabilité comportementale. *Encéphale* ; 2009. 6, p 182-189.

- [31] Flament M.F. Cohen D. Choquet M. Phenomenology, psychosocial correlates and treatment seeking in major depression and dysthymia in adolescence. *Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry*; 2001. 40, p. 1070-1078.
- [32] Fédida P. La grande énigme du deuil. Dépression et mélancolie. Le beau-objet, *Rev. fr. Psychanal.*, 1976, 40, 5-6, 1111-1118
- [33] Fédida P. Des bienfaits de la dépression : éloge de la psychothérapie, Paris : *Odile Jacob*, 2001
- [34] Ferrari P. Braconnier A. La dépression d'infériorité chez l'adolescent. *Rev Neuropsychiatr Infant* ; 1976. 24, p. 319-323
- [35] Ford .T Goodman R. Meltzer H. The British child and adolescent mental health survey 1999 : the prevalence of DSM IV disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2003. 42 , p. 1203- 1211
- [36] Freud S. Introduction à la psychanalyse. Paris : *Payot* ; 1973
- [37] Gammill J. La position dépressive au service de la vie ,Paris : *in Press* ; 2007
- [38] Gangwisch J.E Baiss L.A. Malaspina D. Earlier parental set bedtimes as a protective factor against depression and suicidal ideation. *Sleep* ; 2010. 33, p. 97-106
- [39]Gianna Williams, Pensées sur la position dépressive. Dépression du bébé, dépression de l'adolescent, *Le Carnet psy* ; 2010. p. 139-155.
- [40] P.Gutton . Psychose, *Adolescence* (editions GREUPP) ;2002. p. 41-69
- [41] P. Gutton . Dépressivité et stratégies dépressives, *Affliction, Adolescence* ;1986 .p 171-179
- [42] Gutton P. le pubertaire, *Edition presse Universitaire de France* ; 2013. 324p
- [43] Gutton. P . La sublimation pubertaire. *Créer ou déprimer. Adolescence*, Edition GREUPP ; 2011. 78, p.895-912
- [44] Hammen C. Brennan P.A. Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Archive of General Psychiatry* ; 2003. 38,p. 253-258
- [45] Haut comité de santé publique. La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes, *La Documentation Française* ; 2000.
- [46] HUERRE P. , Depression et adolescent. Paris : *Encephale* ; 2008. hors-série 2 , p1- 4
- [47] Holzera L., Halfonb O., Thouaa V. La maturation cérébrale à l'adolescence. *Elsevier Masson* :

archive de pédiatrie ; 2011. p579-588.

[48] Jacq J., Hanauer MT., Verrinne J., Quenard O. Étude de la *dépressivité* chez les jeunes suicidants, *Depression and Suicide* ; 1983. p.818-820.

[49] Ivarson T. Broberg A.G. Arvidsson T. Bullying in adolescence : psychiatric problems in victims and bullies as measured by the young self-report and the depression self-rating scale. *Nordic Journal of Psychiatry* ; 2005. 59, p. 365-373

[50] Jeammet P. L'excitation. Revue française de psychanalyse, *Presse Universitaire de France* ; 2005. 69, p5-9

[51] P.Jeammet. Conflit d'identification : corps et dépression à l'adolescence. *Adolescence*, Edition GREUPP ; 1999. p 17-27

[52] Kandel D.B., Davies M. Epidemiology of depressive mood in adolescence. *Drug and Alcohol Dependence* ; 1982. 64, p.1-7

[53] Kandel D.B., Davies M. Progression to regular marijuana involvement: phenomenology and risk factors for near-daily use, *Vulnerability to drug abuse* ; 1992. p. 211-245

[54] Kessler R.C. The categorical versus dimensional assessment controversy in the sociology of mental illness, *Journal of Health and Social Behavior*; 2002. p171-245

[55] Klein D.N. Lewinshon P.M. Seeley J.R. A family study of major depressive disorder in a community sample of adolescents. *Archive of General Psychiatry* ; 2001. 58, p. 13-20

[56] Kovess-Masféty V., Beck F., Sevilla-Dedieu C., Gilbert F. Consommation de soins et troubles psychiatriques chez les 15-25 ans, *Encéphale* ; 2008 . 5 .p 162-167.

[57] Kutcher, S., Chehil, S. Suicide Risk Management: A Manual for Health Professionals. *Wiley-Blackwell* ; 2006.

[58] La Haute Autorité de Santé. Manifestation dépressive à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. *HAS* ; Novembre 2014.

[59] Lagrange H., Legleye S. Violence, alcool, cannabis et dépression chez les adolescents français , *Déviance et société* ; 2007. 31, p.331-360

[60] Lambiy B., Leon C., Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. *Rev Epidémiol Santé Publique* ; 2007. 55, 3, p222-227.

[61] Laufer M., Laufer E. Adolescence et rupture de développement. Paris : *Une perspective psychanalytique* ; 1989

[62] Leblanc J.C. Almudevar A. Brooks S.J. Kutcher S. Screening for adolescent depression:

comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck Depression Inventory. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* ; 2002, 12. p113–126.

[63] Le Blanc G. l'intervention de la normalité, *Esprit* ; 2002. 2 , p.145-164

[64]. Lebovici, R. Diatkine, M. Soule. Nouveaux Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescents, *Puf* ; septembre 2004.

[65] Lefèvre H. Le développement « normal » de l'adolescent, *Adolescence et Médecine* ; juin 2016. 11,p. 12-16

[66] Mâle P. Quelques aspects de la psychopathologie et de la psychothérapie à l'adolescence. *Confrontations psychiatriques* ; 1971, 7. p103 – 123.

[67] Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. 8è éd. Paris : *Elsevier Masson* ; 2013.

[68] Marcelli D. «Approche psychopathologique de la dépression à l'adolescence», Paris : *Elsevier Masson*, ; 1998. p57–61,

[69] Marcelli D. L'adolescence : une épreuve psychique particulière, *La santé des adolescents* ; 1997. p. 44-54

[70] *Mouren Simeonik M.C* . Kiddie-Sads, version vie entière 6-18 ans (K-SADS-P/L), INSERM ; 2002. 210 p.

[71] Patton G. Kessler R. Kandell D.B. Depressive mood and illicite drug use : a longitudinal analysis, *Journal of Genetic Psychology* ; 1977. p267-289

[72] Phan O., Corcos M., Girardon N., Nezelof S., Jeammet P. Abus et dépendance au_cannabis à l'adolescence, *EMC - Psychiatrie*, August 2005 . 2, 3, p. 207-224

[73] Peretti-Watel P. Le normal et le pathologique : dépressivité et usages de drogue à l'adolescence. *Science Sociale et Santé* ; 2003, vol 21, p.85-1332]

[74] Rao U.Hammen C. Daley SE. Continuity of depression during the transition to adulthood : a years longitudinal study of young women. *J Am ACAD Child Adolesc Psychiatry*; 1999. 38, p. 291-297

[75] Rice F. Harold G. Thapar A. The genetic aetiology of childhood depression: a review. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*; 2002. 43, p. 155-168

[77] Revah-Levy A. Birmaher B. Gasquet I. Falissard B., The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study, *BMC Psychiatry* ; 2007. 7, 2.

[78] Siegel J.M. Yancey A.K. Aneshensel C.S. Schuler R. Body image, Perceived pubertal timing and adolescent mental health. *Journal of Adolescent Health*; 1999. 25, p.155-165

- [79] Svalander P. Ivarson V. The Children's Depression Inventory (CDI) as measure of depression in Swedish adolescents. *Nord J Psychiatry*; 2006. 60, 3, p.220-226
- [80]Thapar A. Collishaw S. Pine DS. Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet* ; March 2012. Vol 379, n°9820. p1056-1067.
- [81] Tyszler J.J. Dépressivité, *La clinique Lacanienne*, Edition ERES ; 2010. n°17 p. 159-166
- [82] Wade TJ. Cairney J. Pevalin D.J. Emergence of gender difference in depression during adolescence: national panel results from three counties. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 2002. 42 , p.190 198
- [83] Wells J.E. Oakley Browne M.Ascott K.M. Prevalence, interference the life and severity of 12 month DSM IV disorders in Te Rau Hinengaro: The new Zealand Mental Health Survey. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* ; 2003. 40 , p.845-854
- [84] Widakowich C., Vans Wettere L., Jurysta F., Linkowski P., Hubain P.. L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique : aspects historiques et épistémologiques. *Elsevier Masson* ; 2012.
- [85] Winnicott D. Processus de maturation chez l'enfant, *Payot* ; 1970.
- [86] Winnicott D. La position dépressive dans le comportement affectif normal, De la pédiatrie à la psychiatrie, *Payot* ;1945. p.33-47
- [87] Winnicott D.W. La valeur de la dépression , *Conversations ordinaires*. Paris: Gallimard ; 1988. p. 79-88
- [88] Yorbik O. Birmaher B. A lexsonD. Clinical characteristics of depression symptoms in children and adolescents with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65 p. 1654-1659

Annexe 1 : Echelle de dépressivité

DATE :

ECHELLE DE DEPRESSIVITE

		Jamais	Parfois	Souvent
1	Je n'ai pas de plaisir dans la vie			
2	Je n'ai pas de désir dans la vie			
3	J'ai des moments de fatigue sans raison			
4	Je m'ennuie			
5	J'ai des moments où je ne me sens plus capable de penser			
6	Je doute de moi			
7	J'ai la nostalgie de mon enfance			
8	Je souffre de ne pas me sentir compris par ma famille			
9	je me sens en décalage avec les jeunes de mon âge			
10	J'ai des difficultés à m'intéresser aux cours			
11	J'ai des moments de tristesse sans raison			
12	Je ne suis pas satisfait de ma vie			
13	Je ne me sens pas bien dans mon corps			
14	J'ai des ruminations avant le coucher			
15	je n'ai pas de projet d'avenir			
16	Je pense à la mort			

Merci de remplir intégralement ce questionnaire, vos réponses permettront de réaliser une étude sur la morosité.

Toutes les lignes devront être remplies avant de remettre ce questionnaire.

Annexe 2 : Guide d'utilisation

1. *je n'ai pas de plaisir dans la vie* : « je n'arrive pas à m'amuser », « je suis déçu dans mes attentes », « mes loisirs me procurent peu de plaisir »
2. *je n'ai pas désir dans la vie* : « je n'ai pas de passion », « je n'ai pas d'envie », « je n'ai pas de rêve »
3. *j'ai des moments de fatigue sans raison* : « je suis fatigué(e) », « j'ai des moments de lassitude » « j'ai besoin de m'allonger sur mon lit »
4. *je m'ennuie* : « je ne fais rien de mes journées », « je regarde passer les jours » « la vie me paraît fade »
5. *j'ai des moments où je ne me sens plus capable de penser* : « je fais de plus en plus d'efforts pour arriver aux mêmes résultats », « mes efforts sont infructueux », « mes pensées s'embrouillent », « j'ai des moments de vide dans ma tête »
6. *je doute de moi* : « j'ai l'impression de rater tout ce que j'entreprends », « je ne me sens pas en capacité de réussir quoi que ce soit », « je n'y arriverais pas », « je ne suis pas sûr de moi »
7. *j'ai la nostalgie de mon enfance*: « je regrette le temps de mon enfance »
8. *je souffre de ne pas me sentir compris par ma famille* : « j'ai tendance à m'isoler lorsque je suis chez moi », « je ne me sens pas proche de mes parents », « les relations avec mes parents ont changé », « je ne peux plus me confier à mes parents »
9. *je me sens en décalage avec les jeunes de mon âge* : « je ne me sens pas reconnu par les autres jeunes de mon âge », « je me sens incompris », « j'ai tendance à m'isoler à l'école »
10. *J'ai des difficultés à m'intéresser aux cours* : « je n'ai pas d'intérêt pour l'école », « je n'arrive pas à me concentrer en classe », « je n'arrive pas à suivre les cours », « j'ai un sentiment d'échec dans ma scolarité » « je laisse tomber les devoirs »
11. *j'ai des moments de tristesse sans raison* : « je pleure seul(e) à certain moment » « j'ai le blues », « je suis morose »
12. *je ne suis pas satisfait de ma vie*: « j'aimerais que ma vie soit différente », « ma vie ne me plaît pas », « je n'arrive pas à me contenter de ce que j'ai déjà »
13. *je ne me sens pas bien dans mon corps*: « je n'aime pas mon corps », « je me sens mal dans ma peau », « je me trouve trop gros(se) », « je ne me trouve pas beau / belle »
14. *j'ai des ruminations avant le coucher*: « j'ai tendance à ressasser mes erreurs le soir », « je cogite le soir », « mes pensées retardent mon endormissement »
15. *je n'ai pas de projet d'avenir* : « j'évite de penser à mon avenir », « j'évite de me projeter », « je n'ai pas de but dans la vie »
16. *je pense à la mort* : « je réfléchis à ma mort », « je m'inquiète pour ma mort et pour celle des autres »

Annexe 3 : Echelle de dépression

6-ITEM Kutcher Adolescent Depression Scale: KADS-6

EN GÉNÉRAL, PENDANT LA DERNIÈRE SEMAINE, COMMENT TU T'ES SENTI(E) EN TERME DE :

1. Humeur basse, 'down', déprimé(e), pas envie de prendre la peine.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 – Rarement	1 – Souvent	2 – La plupart du temps	3 – Tout le temps

2. Des sentiments d'être sans valeur, sans espoir, de décevoir, de ne pas être une bonne personne.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 – Rarement	1 – Souvent	2 – La plupart du temps	3 – Tout le temps

3. Se sentir fatigué(e), sans énergie, difficilement motivé(e), doit te pousser pour compléter des activités.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 – Rarement	1 – Souvent	2 – La plupart du temps	3 – Tout le temps

4. Sensation que la vie n'est pas agréable, se sentir en mauvaise santé lorsque tu n'as pas l'habitude, ne pas avoir autant de plaisir que d'habitude.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 – Rarement	1 – Souvent	2 – La plupart du temps	3 – Tout le temps

5. Se sentir inquiet(e), nerveux (se), affolé(e), tendu(e), angoissé(e) et anxieux (se)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 – Rarement	1 – Souvent	2 – La plupart du temps	3 – Tout le temps

6. Avoir des pensées, des plans ou des gestes suicidaires, ou encore de l'automutilation (se blesser intentionnellement)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0 – Rarement	1 – Souvent	2 – La plupart du temps	3 – Tout le temps

Annexe 4 : Cahier des charges

OBJECTIFS

- 1) Évaluer la fréquence de « dépressivité » dans une population d'adolescents consultant dans un CMP
- 2) Comparer cette fréquence à celle retrouvée dans une population d'adolescents tout venant scolarisés
- 3) Analyser les relations entre « dépressivité » et dépression à l'adolescence.

POPULATION

Pour la réalisation de cette étude il nous faudrait 100 auto-questionnaires remplis et validés par des adolescents scolarisés et 100 autos questionnaires remplis et validés par des adolescents venant consulter pour la première fois au centre Oreste de Tours.

Critère d'inclusion :

Tous les adolescents âgés de 14 à 18 ans ayant comme langue maternelle le français.

Adolescents répartis en deux groupes :

- groupe «témoin» (adolescents tout venant en milieu scolaire)
- groupe «cas» (adolescents venant consulter pour la première fois au centre Oreste de Tours pour prise en charge ambulatoire en pédopsychiatrie).

Critère d'exclusion :

Tout adolescent qui refuse de participer à l'étude, qui présente un retard mental, qui est illettré ou qui ne parle pas français.

Méthode

Les adolescents seront inclus dans l'étude de manière prospective s'ils remplissent les critères d'inclusion et après obtention de leur accord verbal.

Pour les adolescents consultant au centre Oreste :

Les auto-questionnaires sont remis aux adolescents, qui le remplissent sans mentionner leur identité. Avec les auto-questionnaires, nous avons joint un glossaire pour aider l'adolescent à y répondre. L'ordre de remplissage des auto-questionnaires est aléatoire. Dès qu'ils l'ont rempli et ils le remettent au thérapeute. .

Le recueil des données est fait par le thérapeute qui a transmis les auto-questionnaires, ce qui permet à celui-ci de prendre connaissance des échelles et de pouvoir en discuter avec son patient dans les séances ultérieures.

Pour les adolescents scolarisés dans les collèges ou les lycées :

Les deux auto-questionnaires seront distribués à la classe. Chaque adolescent sera libre de remplir les auto-questionnaires. Sur chaque questionnaire, il faudra mentionner son âge, sa classe, la date du jour et son sexe . L'ordre de remplissage des questionnaires est aléatoire. Avec ces auto-questionnaires, un glossaire est mis à disposition des adolescents pour pouvoir les aider à répondre aux questions. Je fournirai des explications complémentaires aux adolescents après la distribution

des auto-questionnaires. Une fois entièrement rempli, je récupérerai les auto-questionnaires.

Critère de jugement

Le critère de jugement principal va être le score l'échelle de dépressivité. Ce score sera par la suite comparé à celui de l'échelle de dépression et au diagnostic du clinicien.

Mesures

L'échelle de dépressivité :

Il s'agit d'une auto questionnaire à choix multiples (3 choix) de 16 items qui a pour but de dépister une dépressivité chez un adolescent tout-venant.

L'échelle de cotation est de 0 à 2, 0 représentant la réponse « jamais » et 2 « souvent ». le score de cette échelle sera déterminé par une analyse factorielle

La KADS :

La KADS est l'acronyme de «Kutcher Adolescent Depression Scale». Il s'agit d'un auto-questionnaire à choix multiples (4 choix) de 6 items servant à dépister et à diagnostiquer un état dépressif chez un adolescent tout-venant.

L'échelle de cotation est de 0 à 3, 0 représentant la réponse « rarement » et 3 « la plupart du temps ». Le dernier item de cet auto-question présente la particularité d'évaluer le risque suicidaire du patient.

On considère qu'un score supérieur ou égal à 6 confirme le diagnostic de dépression. Cette échelle va être alors comparée à l'échelle de « dépressivité » précédemment décrite.

Résultats

En ce qui concerne l'étude en population adolescente clinique, recensés au CMP, on s'attend à avoir une majorité de questionnaire positif pour la dépression et pour la dépressivité (avec un score de KADS supérieur à 6).

Pour l'étude en population adolescente scolarisée on s'attend à avoir une majorité de questionnaires négatifs pour la dépressivité avec un score de KADS inférieur à 6.

L'étude a aussi pour but de répondre à la question: la dépressivité est-elle catégorielle ou dimensionnelle?

L'étude permettra d'établir si la dépressivité est dimensionnelle si une dépressivité fortement cotée revient à une dépression sans spécificité. Par contre s'il existe des caractères de dépressivité sur quels items qui seront alors fortement cotés sans qu'ils soient synonymes de dépression, la dépressivité sera alors catégorielle.

Annexe 5 : Accord de l'Inspection Académique



Tours, le 14 février 2017

L'Inspecteur d'académie
Directeur académique des Services
départementaux de l'Éducation nationale

à

Mesdames, Messieurs les Chefs d'établissement
des collèges et lycées publics et privés
d'Indre et Loire

Promotion de la santé
locale en faveur des élèves

Service Médical

Dossier suivi par
Dr Elisabeth LARY
T 02 47 60 77 83
F 02 47 60 77 79
ce.medecin37
@ac-orleans-tours.fr

267 rue Graudeau
CS 74212
37042 TOURS cedex 1

Objet : étude pour évaluer la fréquence de la « morosité » ou « dépressivité » dans une population adolescente (14-18 ans).

Nous sommes sollicités pour un travail de recherche dans le cadre d'une thèse de psychiatrie, menée par le Dr Diane DEFRESNE, interne DES psychiatrie, sous la direction du Dr Pascal LENOIR du Centre Oreste de Tours (Centre Hospitalier du Chinonais) :

L'objectif de cette étude est :

- d'évaluer la fréquence de « dépressivité » dans une population d'adolescents consultant au centre Oreste de Tours,
- de comparer cette fréquence à celle retrouvée dans une population d'adolescents scolarisés dans des collèges et lycées de Tours,
- d'analyser les relations entre « dépressivité » et dépression à l'adolescence.

Cette étude repose sur la passation entre janvier et juin 2017 de deux auto-questionnaires par 100 adolescents scolarisés et 100 adolescents venant consulter pour la première fois au centre Oreste de Tours.

Les jeunes rempliront seuls ces auto-questionnaires individuels et strictement anonymes, en 30 minutes avec leur consentement et celui de leurs parents.

Je vous remercie d'accueillir favorablement les chercheurs conduisant cette étude. Dans le cas où vous auriez besoin d'informations complémentaires vous pouvez contacter le médecin de l'Éducation nationale de votre secteur.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur le Chef d'établissement, l'expression de ma considération distinguée.

F. BOULAY

Annexe 6 : Lettre à destination des parents

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de ma thèse de Médecine, je réalise une étude qui évalue la fréquence de la morosité dans une population adolescente scolarisée. Pour ce faire nous avons construit une échelle de morosité que nous comparerons à une échelle de dépression déjà validée, la KADS.

Je souhaiterais donc réaliser une enquête en faisant remplir à votre enfant deux auto-questionnaires, et pour cela je demande donc votre autorisation. Si votre enfant est mineur et que vous ne souhaitez pas qu'il participe à cette étude, merci de bien vouloir vous manifester le plus rapidement possible auprès de son professeur principal.

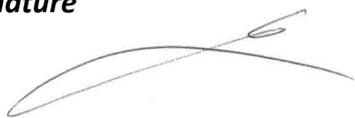
Ces auto-questionnaires individuels et strictement anonymes s'adressent à tous les adolescents, après accord préalable.

Les informations recueillies seront uniquement utilisées pour réaliser des statistiques dans le cadre de ma thèse, aucune information permettant d'identifier l'adolescent ne sera utilisée. Étant donné l'anonymat strict aucun résultat ne pourra être transmis

En vous remerciant pour votre compréhension,

Diane Defresne
Interne de psychiatrie

Vu, le Directeur de Thèse
signature



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

Signature

RESUME

Introduction : L'adolescence est une période de vulnérabilité liée à de nombreux changements biologiques et physiologiques. La dépression de l'adolescence est sous diagnostiquée à cause d'une grande variabilité des manifestations cliniques. Néanmoins il est important de la dépister précocement, afin de prendre en compte les risques suicidaires et les risques évolutifs vers d'autres pathologies psychiatriques.

Objectif : Après l'avoir défini, nous proposons d'évaluer le phénomène de « dépressivité » qui peut être normal à l'adolescence en le mettant en perspective avec la dépression avérée à cet âge. Nous avons choisi d'étudier et de décrire ce phénomène au sein d'une population clinique d'adolescents en souffrance psychologique consultant en ambulatoire en la comparant avec une population témoin de lycéens. Nous avons ensuite cherché à savoir s'il existe un continuum purement dimensionnel entre « dépressivité » et dépression ou s'il y a des spécificités pour ces deux entités.

Méthodologie : Dans un premier temps nous avons construit une échelle de « dépressivité » sous forme d'un auto questionnaire à 16 items en nous appuyant sur les dimensions cliniques et psychopathologiques de la souffrance psychologique à l'adolescence. Nous avons regroupé les items en 7 grandes catégories. Nous avons ensuite proposé cette même échelle et l'échelle KADS de Kutcher à 6 items qui dépiste la dépression à l'adolescence, à deux populations : une population de 93 lycéens tout-venants et une population clinique de 57 adolescents consultant au centre Oreste. L'étude s'est déroulée de novembre 2016 à avril 2017. Le traitement statistique a utilisé les tests du chi 2 et de Mann-Whitney ainsi qu'une analyse en composantes principales pour étudier la structure factorielle de l'échelle de « dépressivité », déterminer le couple sensibilité/ spécificité, et comparer la dépression et le phénomène de « dépressivité » à travers ces deux échelles.

Résultat : L'âge moyen de la population étudiée était de 15,8 ans, avec une quasi-parité garçon/fille pour la population lycéenne et une majorité de filles pour la population clinique. Après avoir corrélé les deux échelles d'évaluation, nous avons trouvé un seuil de positivité à 11 pour l'échelle de « dépressivité » avec une sensibilité à 86% et une spécificité à 73%. Un diagnostic de dépression par l'échelle de la KADS a été retrouvé chez 16% des lycéens et 72% des adolescents du centre Oreste. L'étude a aussi montré une tendance à la « dépressivité » chez 14,6% de la population totale avec une répartition quasi-équitable dans les deux groupes (45,5% dans le groupe Oreste et 54,5% dans le groupe témoin). Concernant la comparaison entre le diagnostic CIM10 et le score à l'échelle de la KADS dans le groupe Oreste, on retrouve 100% de KADS positive pour les troubles dépressifs, 75% pour les troubles de l'adaptation et 64% pour les troubles anxieux. De plus, dans la cotation des items, on remarque une corrélation entre dépression et « dépressivité » pour les items 3, 11, 12, 13, 14, 16, items qui regroupent deux dimensions psychopathologiques de la dépression à l'adolescence (la morosité existentielle et les manifestations corporelles).

Discussion : l'étude montre une cohérence entre les résultats obtenus avec l'échelle de « dépressivité » et ceux de la littérature, ce qui n'est pas le cas pour les résultats de la KADS, probablement en raison d'un seuil trop faible de détection. Par ailleurs, l'étude tend à montrer un continuum entre dépression et « dépressivité ». Cette échelle de « dépressivité » peut donc être utile dans la prise en charge des adolescents, comme outil d'évaluation de leur humeur et dans l'ajustement des conduites thérapeutiques à tenir.

Mots clefs : dépressivité, dépression, adolescence, échelle de « dépressivité », morosité