

L'épisode dépressif chez l'enfant et l'adolescent : signes et enjeux cliniques



WEBINAIRE

Mardi 4 novembre 2025

18h00 – 19h00



Pauline Drecq

Psychologue, Unité de médecine pour adolescents, Hôpital Ambroise Paré. AP-HP. Université Paris Saclay ; pratique libérale.



Georges Cognet

Psychologue, Dr en psychologie, professeur honoraire de l'École de psychologues praticiens, Président de l'APPEA

L'épisode dépressif chez l'enfant et l'adolescent : signes et enjeux cliniques

Mardi 4 novembre 2025

Ce webinaire est enregistré : accès en replay dès demain sur le site de l'APPEA

Pdf du support Powerpoint également disponible en ligne sur www.appea.org

Rappel : nous ne pouvons pas délivrer d'attestation de formation ou de suivi pour ce format de webinaire gratuit. Notre conseil, si nécessaire pour votre service, votre CPF ou votre employeur : enregistrer le mail info de connexion et faire une capture d'écran durant le webinaire.

L'épisode dépressif chez l'enfant et l'adolescent : signes et enjeux cliniques

Mardi 4 novembre 2025

**Vos remarques, vos commentaires professionnels
et vos questions aux intervenants à écrire dans le volet
Discussion.**

**Reprise ou synthèse faite par
nos rapporteurs
et présentée en 2^{ème} partie après l'exposé court**

Assurez-vous dans la fenêtre de discussion que vos messages sont bien adressés « A tout le monde » (et non juste « Hôtes et panélistes »)

Une souffrance juvénile en hausse

- Chez les **18-24 ans**, la prévalence des épisodes dépressifs est passée de **11,7.% à 20,8 %** entre 2017 et 2021, **+.77 %** en quatre ans.
- En 2023, **936 000** jeunes de 12 à 25 ans ont bénéficié du remboursement d'au moins un psychotrope: 144 000 patients de plus qu'en 2019, soit une augmentation de **15 %** et une prévalence entre 70 et 80 « jeunes » pour 1000.

Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale - Mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques - 11 décembre 2024.

Une souffrance juvénile en hausse

- **13 % des enfants âgés de 6 à 11 ans** connaîtraient un trouble probable de la santé mentale, 5,6 % un trouble émotionnel probable - symptômes d'anxiété comme l'anxiété de séparation, les phobies ou de dépression.

Premiers résultats de l'étude Enabée sur le bien-être et la santé mentale des enfants de 6 à 11 ans en France métropolitaine - 20 juin 2023

- On sait combien les enfants les plus exposés comme ceux qui sont confiés à **la protection de l'enfance** cumulent les difficultés de santé, de santé mentale et le non-accès aux soins.

*Compléments au rapport 2023 « Quand les enfants vont mal comment les aider ? »
Rapport adopté par le Haut Conseil de l'enfance et de l'adolescence le 14 janvier 2025*

Le noyau clinique de la dépression

Le détour par les nourrissons

- Les travaux de René Spitz et de John Bowlby sur les effets symptomatiques de la privation affective précoce, sur les effets du manque ou de la rupture du lien
- Passer d'une lecture centrée sur le symptôme (Spitz/Bowlby) à une lecture centrée sur la relation : ce que cette dépression fait vivre et mobilise chez ceux qui s'en occupent.
- Envisager un « cœur » commun de la dépression du nourrisson à l'adulte

Le noyau clinique de la dépression

Ce que nous montre l'épisode dépressif du nourrisson

- La **sévérité** du trouble,
- **L'impuissance** ressentie,
- Une prise en charge qui s'inscrit dans **la durée**,
- **Un soin** qui ne s'enferme pas dans le symptôme, mais explore d'autres voies de rencontre.

Les classifications internationales

DSM-5 (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5^e édition*)

- Trouble dépressif caractérisé ou épisode dépressif caractérisé
 - Chez l'enfant et l'adolescent, l'humeur peut être irritable plutôt que triste.

CIM-11 (*Classification internationale des maladies, ICD-11*)

- Épisode dépressif
 - Présentation par groupes de symptômes: groupe affectif, groupe cognitivo-comportemental, groupe neurovégétatif
- La présence simultanée d'au moins cinq symptômes caractéristiques
- Ces symptômes induisent une détresse cliniquement significative

DSM-5, Trouble dépressif caractérisé

5 symptômes présents pendant une période d'une durée de deux semaines au moins :

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir
 3. Perte ou gain de poids significatif
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur
 6. Fatigue, perte d'énergie
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision
 9. Pensées de mort
- Ces symptômes induisent une détresse cliniquement significative

DSM-5, caractéristiques du diagnostic

- Chez l'enfant et l'adolescent, l'humeur peut être irritable plutôt que triste.
- Les symptômes doivent être présents quasiment toute la journée, presque tous les jours, pendant au moins deux semaines consécutives.
- Pour être retenu en faveur d'un épisode dépressif caractérisé, un symptôme doit être de survenue récente ou doit s'être aggravé par rapport à l'État prémorbide.

Diffusion interdite sans accord des auteurs

CIM-11, Épisode dépressif

Caractéristiques essentielles (requisites)

- La présence simultanée d'au moins cinq des symptômes caractéristiques suivants, survenant la majeure partie de la journée, presque tous les jours, pendant une période d'au moins deux semaines, est nécessaire pour poser le diagnostic.
- Au moins un symptôme doit appartenir au groupe affectif.
- L'évaluation de la présence ou de l'absence des symptômes doit être faite par rapport au fonctionnement habituel de l'individu.

CIM-11, Épisode dépressif

Groupe affectif

- Humeur dépressive rapportée par l'individu, chez l'enfant et l'adolescent, l'humeur dépressive peut se manifester par de l'irritabilité.
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir.

Groupe cognitivo-comportemental

- Capacité réduite de concentration et de maintien de l'attention.
- Croyances de faible estime de soi ou culpabilité excessive et inappropriée.
- Sentiment de désespoir concernant l'avenir.
- Pensées récurrentes de mort (et non simple peur de mourir), idées suicidaires récurrentes.

CIM-11, Épisode dépressif

Groupe neurovégétatif

- Perturbation significative du sommeil.
- Modification notable de l'appétit (diminution ou augmentation) ou variation pondérale importante (perte ou prise de poids).
- Agitation ou ralentissement psychomoteur.
- Baisse d'énergie, fatigue ou épuisement marqué après un effort minimal.

Conditions d'exclusion et retentissement fonctionnel

- Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil.
- Les symptômes ne résultent pas d'un autre trouble médical

Episode dépressif

Épisode

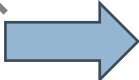
- Une séquence clinique identifiable, marquée par un début, une évolution, et parfois une fin.
 - Une temporalité (il a un début et une fin),
 - une cohérence symptomatique (les signes vont ensemble),
 - une valeur clinique (il correspond à un état pathologique repérable).
- **Identifier une perte:** un deuil, un décès de grands-parents, une séparation des parents, voire des événements qui semblent plus anodins, déménagement, mort d'un animal
- L'épisode dépressif intervient alors progressivement, mais le comportement de l'enfant ou l'adolescent apparaît nettement modifié par rapport à la situation antérieure.

• ...

Quelles formes peut prendre cet épisode dépressif

Chez l'enfant et l'adolescent, l'épisode dépressif peut prendre des formes variées:

- La **mélancolie**, au premier plan, comme chez l'adulte,
- La **mélancolie agressive**,
- Au premier plan apparaît **la lutte** contre l'épisode dépressif.
- R1: l'hypomanie de l'enfant.
- R2: dépression masquée.

 *Un détour par les dessins d'enfants*

La mélancolie



Garçon, âgé de 6 ans

La mélancolie agressive



Jeune garçon de 7 ans

La lutte contre la mélancolie



Jeune fille de 7 ans

Clinique – le discours des parents

- **Une rupture avec l'état antérieur** : « Il n'est plus comme avant », « Je ne le reconnais pas ».
- **Impuissance ressentie par les parents** : « On ne peut jamais lui faire plaisir ».
- Un véritable **cercle vicieux dépressif** : « Il n'est jamais content », « Il n'est jamais d'accord »
- **L'anhédonie**

Clinique – le comportement

Alimentation: plutôt un comportement de la perte de la faim pour les plus jeunes et de boulimie pour les adolescents.

Le sommeil est difficile à trouver, crainte des cauchemars, coucher très tardif, jeux vidéo

Des idées de mort ou de suicide peuvent être exprimées , souvent par écrit.

Fatigue dépressive qui se différencie de la « vraie fatigue » issue de l'activité. Elle peut être apportée par le manque de sommeil. Son maximum est en début de journée alors que l'enfant vient de se lever et qu'il n'a encore rien fait et elle diminue au cours de la journée.

Clinique – avec le clinicien

- Le tableau n'est pas forcément complet et permanent,
- Intérêts particuliers aux énoncés de type : « je ne sais pas », « je ne peux pas », « je n'y arrive pas ».
- Perte des intérêts scolaires et autres intérêts,
- Intérêt porté à la souffrance reliée à la perte et au sentiment d'impuissance, aux objets cassés,
- Pathologie qui s'inscrit dans la répétition et/ou la durée.

Clinique – le discours du sujet

Perte d'intérêt et du plaisir : « Je m'en fous » — « J'ai envie de rien » - « J'en ai rien à faire ».

Perte de l'estime de soi : « Je suis nul ».

Impuissance : « J'y arrive pas » « c'est trop dur ».

Sentiment de culpabilité : « Je suis méchant » — « C'est de ma faute ».

Sentiment de désespoir : « mes parents ne m'aiment pas » — « personne ne m'aime »

Difficulté à se concentrer et à penser : « Je comprends rien » — « Je sais pas, j'm'en rappelle pas ».

Clinique

Supports perceptifs



PL 12

*Il est mort, (?) il est venu en
barque, il est tombé à l'eau et y'a
personne pour le sauver.*

Garçon de 7 ans

Clinique

Supports perceptifs



Je sais pas... cette image, c'est un peu comme moi. J'arrive pas à sourire, ni à aller vers les autres. Les chaînes rouges, ça me fait penser à quelque chose qui serre tout le temps. (?)

La clé, ouais... peut-être qu'il y a une façon de s'en sortir, mais j'y crois pas trop.

Le regard du personnage, on dirait qu'il hésite... comme moi

<https://www.avogado6.com/>

Episode dépressif de l'adulte à l'enfant

Symptômes EDC	Adulte	Adolescent	Enfant
Humeur dépressive	Tristesse	Irritabilité	Irritabilité
Anhédonie	Oui	Oui	Oui
Troubles du sommeil	Oui	Oui	oui
Variations pondérales	Poids	Croissance/poids	croissance
Asthénie	Oui	Oui	Oui
Psychomoteur	Ralentissement	Ralentissement/agitation	agitation
Troubles cognitifs	Oui	apprentissages	apprentissages
Dévalorisation	Culpabilité	Dévalorisation	Dévalorisation
Idéations suicidaires	Oui	Oui	Oui

Spécificités de l'épisode dépressif à l'adolescence

Des tableaux cliniques plus ou moins francs et diversifiés :

A l'adolescence : au-delà de l'applicabilité des symptômes de l'EDC à la sémiologie de la dépression est souvent polymorphe :

- **Irritabilité** plus que plainte dépressive : elle est souvent au premier plan, plus fréquente chez la fille que chez le garçon. Elle est corrélée à la sévérité de la dépression.
- **Les troubles externalisés**, à type d'opposition voire de **troubles des conduites** (passages à l'acte violents, délictueux, transgressions, fugues, agressivité)
- **Troubles touchant l'image du corps : TCA ou plaintes directement somatiques** Les troubles du sommeil et de l'appétit, les idées délirantes, les idées ou comportements suicidaires sont plus fréquents.

Spécificités de l'épisode dépressif à l'adolescence

L'épisode dépressif à l'adolescence est difficile à repérer à cause :

- d'une **confusion** entre la dépression et les mouvements thymiques liés à l'adolescence
- **de symptômes parfois trompeurs**, tels que l'irritabilité ou l'agressivité ;
- **du caractère fluctuant des symptômes** qui s'expriment dans différents lieux (maison, école, collège...) et dont l'expression dépend de l'environnement (culturel, familial, relationnel) ;
- de la présence **de moments où l'adolescent se sent mieux** lorsqu'un événement positif lui arrive ;
- de la **capacité de l'adolescent à conserver des capacités** de fonctionnement (relationnel, scolaire,...) ;
- de **l'irritabilité et de l'agitation de l'adolescent qui peuvent provoquer** des attitudes hostiles (plutôt qu'empathiques) de la part de son entourage.

Clinique: échelle de repérage ADRS

ADRS (adolescent depression rating scale), recommandation HAS 2014

Échelle ADRS - version patient

Cochez « vrai » si cela correspond à ce que vous vivez en ce moment, « faux » si cela ne correspond pas :

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

NB : Pour un seuil de 3, la sensibilité est de 79 % et la spécificité de 60 % vis-à-vis d'un diagnostic clinique.

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

Clinique: échelle de repérage ADRS

Echelle ADRS : Version clinicien

10 thématiques à évaluer :

1. Irritabilité
2. Envahissement par le vécu dépressif
3. Perceptions négatives de soi
4. Idées de mort
5. Ralentissement psychique
6. Sommeil
7. Investissement de la scolarité, du travail, ou de la recherche d'emploi
8. Investissement des activités non scolaires (ANS)
9. Retrait relationnel
10. Perception empathique du clinicien

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/annexe_5_outils_daide_au_reperage_et_a_levaluation.pdf

Prise en charge de l'épisode dépressif chez l'adolescent

La psychothérapie au cœur de la prise en charge (HAS 2014)

Mais celle-ci nécessite des préalables :

- Le repérage de **l'épisode dépressif** et **son explication** au jeune et sa famille : importance de **la psychoéducation**
- L'évaluation de **l'intensité** des manifestations, leurs retentissements et impacts
- Évaluation de la nécessité d'une **prise en charge médicale** et mise en place de celle-ci si nécessaire
- Mobilisation des **ressources relationnelles** et mise en place **des aménagements nécessaires**

Le cadre médical, familial et social posé va permettre de favoriser l'inscription du travail de psychothérapie, essentiel car Ici c'est la relation qui soigne

Prise en charge de l'épisode dépressif chez l'adolescent

La psychothérapie au cœur de la prise en charge (HAS 2014)

une attitude : écoute active, empathie ;

des actions : psychoéducation ; un travail de réflexion ; aider à la résolution de problèmes ; une restauration des investissements et des projets ; une programmation précise de rendez-vous dans ce cadre ;

des collaborations : une vérification et un maintien de l'alliance thérapeutique avec l'adolescent et les parents ; une relation collaborative impliquant les parents, la famille et/ou l'entourage

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201412/manifestations_depressives_recommandations.pdf

Prise en charge de l'épisode dépressif chez l'adolescent

La psychothérapie au cœur de la prise en charge (HAS 2014)

-**des compétences générales** : la capacité à travailler en collaboration avec les partenaires, la compréhension du développement normal, atypique ou psychopathologique de l'adolescent, la compréhension des modèles et outils thérapeutiques, des recommandations ;

-**un savoir-faire** : construire et maintenir l'alliance thérapeutique avec l'adolescent et la famille, construire une relation collaborative et un objectif commun, proposer des approches diversifiées pour favoriser le soin, proposer des approches pluri systémiques : patient-thérapeute, patient-thérapeute-parents, recourir à un tiers voire envisager des thérapies bifocales chez les adolescents

-**un savoir-être** : être relativement flexible, être empathique et soutenant sans emprise , éviter les attitudes passives, questionner respectueusement, utiliser l'humour, utiliser des métaphores, être authentique : exposer clairement sa pensée et communiquer son expérience avec humilité, évaluer la qualité de la relation, saisir les retours d'expérience et repérer les moments de rupture, poser les limites,

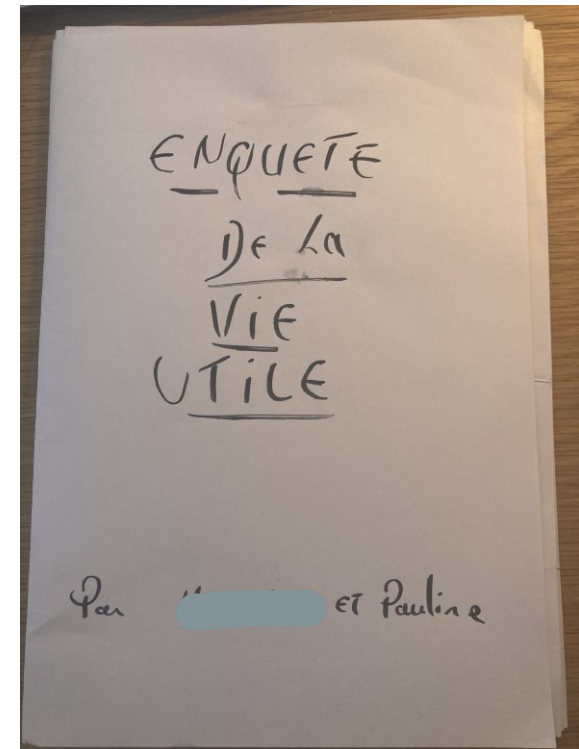
- **gérer la fin des soins.**

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201412/manifestations_depressives_recommandations.pdf

Prise en charge de l'épisode dépressif chez l'adolescent

La psychothérapie au cœur de la prise en charge (HAS 2014)

Le travail avec l'adolescent exige **un ajustement permanent** de la distance (ou de la proximité) à l'autre qui s'étaie le plus souvent sur une médiation-espace tiers pour tisser du lien, support d'une continuité qui soutienne la relance du processus **d'autonomisation-individuation-subjektivation**



Prise en charge de l'épisode dépressif chez l'adolescent

Le travail des ressources :

Proposer un travail thérapeutique qui consiste à réhabiliter **le sentiment de compétence et la capacité à s'adapter et de se projeter dans le monde**. Le travail sur **les ressources**, qui mobilise à la fois la créativité et l'adaptation.

L'objectif est **d'aider le jeune à identifier, nommer et organiser les appuis internes et externes** dont il dispose déjà, mais qu'il ne mobilise pas dans les moments de détresse.

Les ressources internes, qui relèvent des qualités personnelles : la créativité, l'humour, l'intelligence, la sensibilité, la capacité de réflexion ou d'intuition.

Les ressources externes, c'est-à-dire les soutiens relationnels ou environnementaux : la famille, les amis, une activité sportive, artistique ou associative.

Les ressources d'apaisement, ces activités qui procurent du bien-être dans les moments difficiles : écouter de la musique, faire du sport, cuisiner, jardiner, résoudre un puzzle, marcher, dessiner.

Prise en charge de l'épisode dépressif chez l'adolescent

Soutenir les ressources :



LES RESSOURCES DE LILI

Prise en charge de l'épisode dépressif chez l'adolescent

Ressources



<https://hopmaliste.fr>



<https://www.filsantejeunes.com>

Souffrance
Prévention
du suicide



<https://3114.fr>



Prochain webinar

Le mardi 25 novembre à 18h

Ouverture des inscriptions le vendredi 14 novembre sur www.appea.org

Le programme PEHP et Barkley et ses évolutions

Avec Nathalie Franc et Jessica Nesensohn