

Dépression chez l'enfant pré-pubère dans la ville province de Kinshasa

**TSHIANDA KAPINGA Joséphat, NGONZO KITUMBA, TINGU YABA NZOLAMESO
Maurice, MASIALA MA SOLO André & KABEYA KADIEBUE Mathieu**

*(Reçu le 5 Janvier 2021, validé le 06 Janvier 2021)
(Received January 5th 2021, validated January 6th 2021)*

Résumé :

L'enfant pré pubère est souvent traité comme s'il échappait des problèmes liés à la santé mentale. Il était, jadis, considéré par les professionnels de la santé mentale comme ne pouvant souffrir de la dépression. Actuellement, la dépression fait partie de la psychopathologie de l'enfant.

Nous parlons dans cet article du diagnostic, de la prévalence, de la classification et de la symptomatologie, de l'étiologie, de la comorbidité et du traitement des troubles dépressifs chez l'enfant pré pubère. Ces considérations théoriques se situent en prélude de nos recherches doctorales qui se proposent d'établir la prévalence de cette pathologie auprès des enfants pré pubères de la Ville de Kinshasa.

Mots clés : Dépression, enfant pré-pubère

Summary

A pre-pubescent kid is often treated as if he was let gone from problems linked to mental health. Long ago, considered by mental health professionals as unable to suffer from depression. Nowadays, depression is part of infant psychology.

In this article, we talk about diagnostic, prevalence, classification and symptomatology, aetiology, comorbidity and depression troubles treatment to pre-pubescent kid.

Keywords: Depression, child (Kid), pre-pubescent

I. Introduction

Les enfants prépubères ont l'âge de 6 à 12 ans et se situent dans la période de la seconde enfance (Euwema, 2006) ou de l'enfance (Guerra, Williamson et Lucass-Molina, 2017). Il s'agit des enfants qui ont acquis l'intelligence opératoire concrète (Piaget & Inhelder, 1966).

Le trouble dépressif chez les enfants prépubères a longtemps été ignoré et la réalité clinique de cette pathologie n'a été reconnue que dans les années 1970 au Congrès de Stockholm. A partir de cette année, plusieurs travaux ont relevé l'existence de "symptômes dépressifs" chez les enfants prépubères (Conférence de Consensus, 1995).

Le présent article apporte un éclairage théorique indispensable pour la meilleure compréhension de la problématique de la dépression chez l'enfant pré-pubère et se sert de modèle théorique pour contextualiser ce cadre théorique dans le contexte congolais. Il est subdivisé en huit parties : (1) la définition de la dépression chez l'enfant pré-pubère, (2) son diagnostic, (3) sa prévalence, (4) sa classification et sa symptomatologie, (5) son éthologie, (6) ses comorbidités, (7) ses thérapies et (8) sa chimiothérapie.

II. Notions sur la dépression chez l'enfant pré pubère

Les recherches sur la dépression de l'enfant ont commencé à être publiées il y a de cela plusieurs années. Ainsi, le terme dépression peut être interprété, en terme clinique, comme un état pathologique qui culmine en une détresse cliniquement significative (Allard, 2016). Au sens psychiatrique, la définition clinique de la dépression repose, selon l'Institut national de la santé et de la recherche en médecine (2009), sur trois éléments :

- la présence d'une constellation de symptômes dépressifs (humeur dépressive, troubles du sommeil, fatigue...) ;
- leur persistance sur plusieurs semaines (au moins deux semaines) ;
- un retentissement sur le fonctionnement social général (baisse de rendement, difficultés relationnelles, isolement, incapacité à remplir son rôle social habituel...).

2.1. Diagnostic de la dépression chez l'enfant pré-pubère

La dépression chez l'enfant pré-pubère est devenue une préoccupation majeure en pédopsychiatrie. Mais du fait d'une symptomatologie très diversifiée, parfois paradoxale, variant avec l'âge, le diagnostic clinique est difficile à établir (Arbisio, 2003). Elle est souvent sous-diagnostiquée en raison de sa présentation clinique variée et hétérogène qui rend le diagnostic complexe (Husni, Keilani & Delvenne, 2017). Djaouida Petot (2005) rapporte que lors du diagnostic et de d'évaluation psychologique de la dépression de l'enfant, les cliniciens utilisent l'une ou l'autre parmi les différentes techniques ci-après :

- les entretiens cliniques semi-structurés :
 - L'ISC (Interview Schedule for Children) ;
 - Le CDRS-R (Children's Depression Rating Scale-Revised) ;
- les échelles d'hétéro-évaluation : CBCL (Child Behavior Checklist) ;
- les échelles d'auto-évaluation :
 - CDI (Children Depression Inventory) ;
 - Echelle composite de dépression pour l'enfant ;
- les méthodes projectives :
 - Test de Rorschach ;
 - Les tests d'aperception thématique.

2.2. Prévalence de la dépression chez l'enfant pré pubère

La prévalence est considérée par Feingold (1998) comme un indice de morbidité qui concerne les malades présents dans une population à un moment donné (prévalence instantanée) ou durant une période donnée (rapport entre le nombre de personnes malades à un moment quelconque de la période et l'effectif moyen de la population au cours d'une période, habituellement d'un an dans les maladies chroniques).

Dans les études conduites dans des populations d'enfants pour évaluer, d'une manière générale, la fréquence des troubles mentaux dans différents pays, Golse (2006) dit que la prévalence de ces troubles varie de 7% à 22%. Cette variation qui peut paraître très importante, est essentiellement due au fait que les populations d'enfants (modalités de sélection et âge de sujets étudiés), la méthode du recueil des données en particulier des différents types de questionnaires, la nature de l'informateur (enfants, parents, enseignants), la durée sur laquelle est évaluée le trouble (ponctuelle, sur un an ou sur la vie) et surtout la définition du trouble mental varient d'une étude à l'autre, en particulier la mesure du retentissement du trouble sur la vie de l'enfant.

En ce qui concerne particulièrement la dépression infantile, la Conférence de consensus de 1995 a révélé que la dépression est un diagnostic fréquent chez les enfants de la population consultant en pédopsychiatrie. Elle affecterait environ 20 % de ces enfants. Alors que dans la population générale de 6 à 11-12 ans, elle est inférieure à 3 %, elle varie selon les études entre 0 et 2,5 %. Selon cette conférence, la prévalence de la dépression serait un peu plus élevée chez les garçons que chez les filles jusqu'à la puberté.

A ce propos, Husni et al. (2017) précisent que cette prévalence des troubles dépressifs chez l'enfant est basse (< 1 % dans la plupart des études), sans différence entre les filles et les garçons, et augmente à partir de la puberté pour atteindre 4 à 5% à l'adolescence avec une prédominance chez les filles.

III. Classification et Symptomatologie de la dépression chez l'enfant prépubère

Lorsque la dépression clinique a été reconnue chez l'enfant, trois systèmes différents de classifications ont été proposés : (1) CFTMEA, (2) CIM 10 et (3) DSM (Conférence de consensus, 1995 ; Djaouida Petot, 2005 ; Haute autorité de santé, 2005 ; APA, 2013; Husni et al., 2017).

3.1.1. CFTMEA

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) est spécifique à cette tranche d'âge. Elle classe les manifestations dépressives de l'enfant, en fonction du contexte psychopathologique. Elle se pose la question du diagnostic de maladie maniaco-dépressive qui peut être reconnue et isolée à partir de l'âge de 7 ans.

La CFTMEA fait état de deux types de troubles dépressifs. La première figure dans la catégorie des troubles névrotiques sous la dénomination de dépression névrotique. On classe dans cette catégorie les troubles névrotiques où le syndrome dépressif domine le tableau clinique dans un contexte marqué par la continuité avec la personnalité antérieure. Ce diagnostic reflète un état actuel, il est éminemment variable avec le temps. Il faut inclure dans cette catégorie la névrose dépressive et exclure les dépressions réactionnelles, les dépressions appartenant au registre psychotique, les états dépressifs appartenant à une pathologie limite, les variations de la normale. Cette forme de dépression correspond aux catégories épisodes dépressifs et troubles dépressifs récurrents de la CIM-10.

La dépression réactionnelle figure dans la catégorie des troubles réactionnels, il s'agit d'une dépression dont l'apparition est récente et répond facilement au traitement. La composante dépressive est au premier plan. Il faut exclure les mouvements dépressifs qui constituent des variations de la normale ou se relie à l'angoisse de séparation ; les dépressions de la psychose, de la névrose, des pathologies limites.

3.1.2. CIM 10

La Classification Internationale des Maladies (CIM 10) de l'Organisation Mondiale de la Santé, s'applique à toutes les classes d'âge. La CIM-10 fait de l'épisode dépressif un diagnostic primaire, qui doit être porté lorsqu'un patient présente pour la première fois de sa vie un tableau clinique dépressif d'une durée d'au moins deux semaines.

Dans les épisodes typiques de dépression de la CIM-10, le sujet présente un abaissement de l'humeur, une réduction de l'énergie et une diminution de l'activité. Il existe une altération de la capacité à éprouver du plaisir, une perte d'intérêt, une diminution de l'aptitude à se concentrer, associées couramment à une fatigue importante, même après un effort minime. On observe habituellement des troubles du sommeil, et une diminution de l'appétit. Il existe presque toujours

une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi et, fréquemment, des idées de culpabilité ou de dévalorisation.

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

Selon la CIM-10, le nombre et la sévérité des symptômes permettent de déterminer trois degrés de sévérité d'un épisode dépressif : léger, moyen et sévère, qui comprennent des épisodes isolés de dépression (psychogène et réactionnelle) et réaction dépressive :

- épisode dépressif léger : au moins deux ou trois des symptômes cités ci-dessus sont habituellement présents. Ces symptômes s'accompagnent généralement d'un sentiment de détresse, mais le sujet reste, le plus souvent, capable de poursuivre la plupart de ses activités.
- épisode dépressif moyen : au moins quatre des symptômes cités ci-dessus sont habituellement présents et le sujet éprouve des difficultés considérables à poursuivre ses activités usuelles.
- épisode dépressif sévère :
 - sans symptômes psychotiques : épisode dépressif dans lequel plusieurs des symptômes dépressifs mentionnés ci-dessus, concernant typiquement une perte de l'estime de soi et des idées de dévalorisation ou de culpabilité, sont marqués et pénibles. Les idées et les gestes suicidaires sont fréquents et plusieurs symptômes « somatiques » sont habituellement présents.
 - avec symptômes psychotiques : épisode dépressif correspondant à la description d'un épisode dépressif sévère, mais s'accompagnant, par ailleurs, d'hallucinations, d'idées délirantes, ou d'un ralentissement psychomoteur ou d'une stupeur d'une gravité telle que les activités sociales habituelles sont impossibles ; il peut exister un danger vital en raison d'un suicide, d'une déshydratation ou d'une dénutrition. Les hallucinations et les idées délirantes peuvent être congruentes ou non congruentes à l'humeur.

3.1.3. DSM

La classification américaine avec son Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) publié par l'association américaine de psychiatrie (APA), ne comporte pas d'entrée spécifique aux troubles dépressifs de l'enfant. Les critères de l'« épisode dépressif majeur » ne sont pas modifiés en fonction de l'âge, comme ceux de la "dysthymie". Les "troubles de l'adaptation" ne font aucune mention spécifique pour l'enfant ou l'adolescent.

Pour confirmer un épisode dépressif majeur ou caractérisé, le DSM IV et le DSM V supposent qu'au moins 5 des symptômes cités ci-dessous soient présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins

un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir. Les symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur ne sont pas inclus.

Les symptômes d'un épisode dépressif majeur décrits aux DSM sont les suivants :

- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (par exemple se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple pleure). Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.
- diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (par exemple modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.
- insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
- agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
- pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Cependant, Mathieu (2012) signale que la peur et les inquiétudes, la tristesse ou la déprime sont des réactions normales, voire même adéquates devant une situation d'adversité, d'échec, de séparation ou de deuil et que ces réactions émotives deviennent problématiques lorsqu'elles deviennent chroniques, envahissantes et perturbent l'enfant sur les plans mental, physiologique et relationnel.

IV. Etiologie de la dépression chez l'enfant pré pubère

L'enfant a toujours à faire avec la dépression dans la mesure où les phénomènes dépressifs s'inscrivent dans le développement : séparations, pertes, déconvenues, manque d'espoir, déclarent Gloanec et Garret-Gloanec (2008).

La dépression infantile survient volontiers au décours d'un événement ayant valeur de perte ou de deuil (séparation des parents, décès d'un grand-parent, d'un membre de la fratrie ou d'un parent), parfois un événement qui peut aux yeux des adultes apparaître plus anodin (déménagement, mort d'un animal domestique familier, éloignement d'un camarade,...), l'épisode dépressif s'installe

progressivement mais le comportement de l'enfant apparaît nettement modifié par rapport à la situation antérieure (Marcelli, 2003).

Quelques facteurs de risque et facteurs de protection de dépression infantile ont été identifiés lors de la Conférence de Consensus de 1995. Les facteurs les plus souvent évoqués dans différentes études sur la dépression infantile sont les suivantes :

- les événements de vie : l'effet cumulatif d'une série d'événements stressants (décès, déménagement,...) semble intervenir en tant que variable associée à la dépression. Ces associations ne sont pas spécifiques à la dépression, mais n'en constituent pas moins un facteur de risque.
- les caractéristiques familiales : la monoparentalité est associée à la persistance des troubles qu'à leur déclenchement, la psychopathologie des parents augmente le risque de survenue de troubles dépressifs chez les enfants, les relations parents-enfants (les carences affectives sont corrélées au déclenchement de tableaux cliniques autour de la dépression anaclitique), les relations de couple et la cohésion familiale sont des variables importantes à considérer.
- les caractéristiques du milieu ou conditions sociales : le milieu défavorisé par exemple peut causer la dépression suite aux différents problèmes : maltraitance, négligence, situation de séparation, enfants en situation d'échec scolaire, carences affectives précoces.

4.1. Comorbidité de la dépression chez l'enfant prépubère

La comorbidité est, selon Soppelsa, Albaret et Corraze (2009), une association non aléatoire entre plusieurs entités morbides présentes chez un individu. Habituellement, mais pas nécessairement, on privilégie une catégorie, considérée comme primaire, et on lui associe un ou plusieurs troubles. Cela implique que deux entités morbides soient absolument indépendantes l'une de l'autre et puissent exister en tant que telles. Nombreuses études sur la comorbidité entre la dépression et les autres troubles ont démontré que la dépression est le plus souvent associée à d'autres entités morbides chez l'enfant : troubles dépressifs et anxiété ; troubles dépressifs et troubles des conduites ; troubles dépressifs et troubles comportementaux (Conférence de Consensus, 1995).

V. Thérapies de la dépression chez l'enfant pré pubère

5.1. Thérapie cognitivo-comportementale

L'approche cognitivo-comportementale est la plus reconnue dans le domaine de la dépression (Marcotte cité par Lepage, 2006 ; Rector & Neil, 2010). Elle accorde une place importante aux facteurs cognitifs dans le développement de la dépression. Selon cette approche, un individu qui présente une vulnérabilité cognitive est plus susceptible de développer des symptômes de dépression lorsqu'il doit faire face à des événements négatifs.

5.2. Thérapie familiale systémique

L'intérêt de cette thérapie familiale systémique a été souligné également dans les états dépressifs en lien étroit avec une situation de maltraitance, qu'une séparation ne suffit évidemment pas à résoudre. Pour les thérapeutes systémiques, les troubles de l'humeur du patient remplissent une fonction dans le maintien de l'équilibre du groupe familial. De manière plus spécifique la dépression est entendue comme la résultante de ruminations auto-entretenues : au sentiment de perte d'amour fait écho un vécu d'exclusion des groupes d'appartenance les plus investis par l'enfant, ce qui n'est pas sans conséquence au plan de l'identité propre et le fait ainsi douter de la possibilité même d'être aimé.

5.3. Thérapie d'inspiration psychanalytique

La Conférence de Consensus de 1995 a démontré noir sur blanc que la référence psychanalytique demeure essentielle dans l'abord thérapeutique de l'enfant déprimé. L'objectif de cette approche psychothérapique n'est jamais d'obtenir une simple résolution symptomatique mais de créer les conditions propices à l'élaboration psychique des difficultés traversées par le patient. Le cadre psychanalytique constitue un lieu d'expression privilégié de la souffrance dépressive de l'enfant.

La différence entre la thérapie comportementale et la thérapie cognitive est que dans les thérapies comportementales, le patient est soit invité à renoncer à des habitudes jugées néfastes pour lui, soit soutenu pour renforcer celles considérées comme étant positives. Dans les thérapies cognitives, on cherche à l'aider le patient à mieux identifier et contrôler ses émotions en modifiant ses cognitions. Les cures sont centrées sur des objectifs précis, et planifiées dans une perspective de changement. Ces deux approches reposent sur le postulat que les comportements, les sentiments, les schémas de pensée pathologiques peuvent être désappris. Elles visent ainsi à libérer le champ mental et à soulager l'enfant des comportements inadaptés, pour qu'il puisse poursuivre ses expériences indispensables malgré sa dépression.

5.4. Chimio-thérapeutique

L'efficacité des antidépresseurs a été prouvée chez les adultes déprimés. Par contre chez l'enfant, le traitement médicamenteux par antidépresseur n'aura sa place qu'en cas de symptomatologie intense et sévère, et après avis auprès d'un pédopsychiatre. L'hospitalisation se justifiera en cas de risque suicidaire important. (Conférence de Consensus, 1995 ; Husni et al., 2009).

VI. Conclusion

Il est clair que la dépression de l'enfant est une entité clinique reconnue actuellement. Comme les adolescents et les adultes, les enfants souffrent aussi de la dépression même s'ils ne la manifestent pas de la même manière et que sa prévalence est inférieure à ceux des adolescents et des adultes. Le diagnostic de cette dépression infantile est facilité par les échelles d'évaluation de dépression, l'observation ainsi que les entretiens avec l'enfant et son entourage. De ce fait, les symptômes seront

comparés à ceux classés dans les manuels de diagnostic des maladies mentales. Ces symptômes peuvent paralyser le fonctionnement global de l'enfant au niveau mental, scolaire et social.

Bibliographie

Allard, F. (2016). *Associations entre la dépression et le décrochage scolaire en fonction du sexe : une étude longitudinale*. Mémoire de master en psychologie clinique. Université de Montréal. Montréal.

American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris : Elsevier Masson.

Arbisio, C. (2003). Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence. *Psychologie clinique et projective*. 1 (9). 29-58.

Conférence de consensus (1995). *Les troubles dépressifs chez l'enfant : Reconnaître, Soigner, Prévenir. Devenir*. Fédération Française de Psychiatrie : Sénat - Palais du Luxembourg. En ligne <http://www.urgences-serveur.fr/IMG/pdf/depression.pdf>. Consulté le 12/08/2018.

Djaouida Petot, G. (2005). *L'évaluation clinique en psychopathologie de l'enfant*. Paris : Dunod.

Euwema, M. (2006). *Le développement de l'enfant : Un document de référence pour War Child*. Amsterdam : War Child Holland.

Feingold, J. (1998). À propos de l'estimation de la prévalence et de l'incidence des maladies héréditaires. *Dossier technique de médecine/sciences*. 12 (14). 1402-5. http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/982/MS_1998_12_1402.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Consulté le 30/03/2019.

Gloane, Y. & Garret-Gloane, N. (2008). La dépression de l'enfant. *Médecine thérapeutique / Pédiatrie*. 11 (2). 100-107.

Golse, B. (2006). *L'approche clinique chez l'enfant*. In *La souffrance psychique de l'enfant et de l'adolescent*. Paris : AFPSSU.

Guerra, N.G., Williamson, A.A. & Lucass-Molina, B. (2017). *Normal development : infancy, childhood and adolescence*. Geneva : International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.

Haute autorité de santé (2005). *Recommandations pour la pratique clinique : Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires*. France : Service des recommandations professionnelles.

Husni, M. A, Keilani, A. & Delvenne, V. (2017). Dépression de l'enfant et de l'adolescent. *Pédopsychiatrie*. 38. 209-213. Bruxelles.

Institut national de la santé et de la recherche en médecine (2009). *Santé mentale : propositions pour un meilleur suivi*. Paris : Inserm.

Lepage, C. (2006). *Intimidation et dépression chez les adolescents : description du phénomène et étude des liens avec l'environnement scolaire*. Thèse de doctorat en psychologie. Université du Québec À Montréal. Montréal.

Marcelli, D. (2003). Dépression de l'enfant. *Psychologie clinique et projective*. 1 (9). 59-78.

Mathieu, A.-C. (2012). *La présence de symptômes émotionnels chez l'enfant placé et les liens avec son intégration familiale, sociale et scolaire*. Thèse de doctorat en psychologie. Université du Québec À Montréal. Montréal.

Piaget, J. & Inhelder, B. (1966). *Psychologie de l'enfant*. Paris : Presses Universitaires de France.

Rector, N.A. (2010). *La thérapie cognitivo-comportementale : Guide d'information*. Canada : Centre de toxicomanie et de santé mentale.

Soppelsa, R., Albaret, J.M. & Corraze, J. (2009). Les comorbidités : théorie et prise de décision thérapeutique. *Entretiens de Psychomotricité*. <http://www.psychomot.ups-tlse.fr/soppelsa2009.pdf>. Consulté le 30/03/2019.

TSHIANDA KAPINGA Joséphat

Docteure en Psychologie de l'Université de Kinshasa. République Démocratique du Congo.

NGONZO KITUMBA Reagan

Professeur Associé à l'Université de Kinshasa. République Démocratique du Congo.

TINGU YABA NZOLAMESO Maurice, KABEYA KADIEBUE Mathieu

Professeurs Ordinaires à l'Université de Kinshasa. République Démocratique du Congo.

MASIALA MA SOLO André

Professeurs Ordinaires à l'Université Pédagogique Nationale. Kinshasa. République Démocratique du Congo.