



HAL
open science

Quelles sont les données socio-démographiques des adolescents à l'inclusion dans l'étude AdoDesP ?

Élise Le Nadan

► **To cite this version:**

Élise Le Nadan. Quelles sont les données socio-démographiques des adolescents à l'inclusion dans l'étude AdoDesP?. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03179419

HAL Id: dumas-03179419

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03179419>

Submitted on 24 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLOME D'ETAT

Année : 2020-2021

Thèse présentée par :

Madame Le Nadan Elise

Née le 19/01/1993 à Bourg-en-Bresse

Thèse soutenue publiquement le 18 mars 2021

Titre de la thèse :

Quelles sont les données socio-démographiques des adolescents à l'inclusion dans l'étude AdoDesP ?

Président Mr le Professeur Le Floch Bernard

Membres du jury Mme le Docteur Lalande Sophie

Mr le Professeur Le Reste Jean-Yves

Mr le Professeur Chiron Benoit

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST
1^{er} SEPTEMBRE 2020

Doyens honoraires

FLOCH Hervé (†)
LE MENN Gabriel (†)
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves (†)
DE BRAEKELEER Marc (†)

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEFEVRE Christian	Anatomie
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation

ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SARAUX Alain	Rhumatologie
TIMSIT Serge	Neurologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEN SALEM Douraid	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
COUTURAUD Francis	Pneumologie
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUEYMES Maryvonne	Immunologie
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
LACUT Karine	Thérapeutique
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
VALERI Antoine	Urologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ABGRAL Ronan	Biophysique et médecine nucléaire
ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
CORNEC-LE GALL Emilie	Néphrologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
IANOTTO Jean-Christophe	Hématologie
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LE VEN Florent	Cardiologie
LIPPERT Éric	Hématologie
THEREAUX Jérémie	Chirurgie digestive
TROADEC Marie-Bérengère	Génétique

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers Hors Classe

JAMIN Christophe	Immunologie
MOREL Frédéric	Biologie et médecine du développement et de la reproduction

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe
(en attente des avancements de classe 2020)

BRENAUT Emilie	Dermato-vénéréologie
DE VRIES Philine	Chirurgie infantile
DOUET-GUILBERT Nathalie	Génétique
HILLION Sophie	Immunologie
LE BERRE Rozenn	Maladies infectieuses
LE GAL Solène	Parasitologie et mycologie
LODDE Brice	Médecine et santé au travail
MAGRO Elsa	Neurochirurgie
MIALON Philippe	Physiologie
PERRIN Aurore	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PLEE-GAUTIER Emmanuelle	Biochimie et biologie moléculaire
QUERELLOU Solène	Biophysique et médecine nucléaire
SCHICK Ulrike	Cancérologie
TALAGAS Matthieu	Histologie, embryologie et cytogénétique
UGUEN Arnaud	Anatomie et cytologie pathologiques
VALLET Sophie	Bactériologie-virologie

Maîtres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe
(en attente des avancements de classe 2020)

BERROUIGUET Sofian	Psychiatrie d'adultes
GUILLOU Morgane	Addictologie
ROBIN Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
ROUE Jean-Michel	Pédiatrie
SALIOU Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TROMEUR Cécile	Pneumologie

Professeurs des Universités de Médecine Générale

LE FLOC'H Bernard
LE RESTE Jean-Yves

Maîtres de Conférences de Médecine Générale

BARAIS Marie
NABBE Patrice

Praticiens Hospitaliers Universitaires

BEAURUELLE Clémence	Bactériologie virologie
BAGACEAN Cristina	Hématologie
CHAUVEAU Aurélie	Hématologie biologique
KERFANT Nathalie	Chirurgie plastique

ROPARS Juliette Pédiatrie
THUILLIER Philippe Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeur des Universités Associé

METGES Jean-Philippe Cancérologie

Maître de Conférences des Universités Associé

GURIEC Nathalie Nutrition

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre
CHIRON Benoît

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

BEURTON-COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémy
VIALA Jeanlin

Professeur des Universités

BORDRON Anne Biologie cellulaire

Maîtres de Conférences des Universités

BERNARD Delphine Biochimie et biologie moléculaire
BOUSSE Alexandre Génie informatique, automatique et traitement du signal
DANY Antoine Epidémiologie et santé publique
LE CORNEC Anne-Hélène Psychologie
LANCIEN Frédéric Physiologie
LE CORRE Rozenn Biologie cellulaire
MIGNEN Olivier Physiologie
MORIN Vincent Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

GHIS MALFILATRE Marie Sociologie démographie
MERCADIE Lolita Psychologie

Attachée Temporaire d'Enseignement et de Recherche

GHANEM Rosy Biochimie et biologie moléculaire

Professeurs Certifiés / Agrégés du second degré

MONOT Alain Français
RIOU Morgan Anglais

Professeurs Agrégés du Val-de-Grâce (Ministère des Armées)

DULOU Renaud

Neurochirurgie

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

LE COAT Anne

Médecine Générale / Urgence

SCELLOS Olivia

Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Au Président du jury de cette thèse, Monsieur le Professeur Bernard Le Floch et à Monsieur le Professeur associé Benoit Chiron de me faire l'honneur d'accepter de juger mon travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Yves Le Reste et au Docteur Sophie Lalande, qui m'ont fait l'honneur de diriger cette thèse. Merci pour votre patience et votre disponibilité. Vous avez su me guider efficacement dans ce travail.

A mon homme, pour toutes ces années où tu m'as soutenue. Pour ton amour, ta présence, ta patience et ton écoute. Je sais que ce n'a pas été facile tous les jours mais tu as toujours été là. Tu es un homme et un père formidable. Je t'aime plus que tout.

A Maëlys, ma bichette. Tu fais notre bonheur au quotidien. Tu grandis tellement vite. Maman t'aime fort.

A ma famille, merci pour votre soutien tout au long de ces longues études.

A Morgane, pour ton soutien lors de ce travail en collaboration.

A mes amis qui ont marqués mon parcours et mes études de médecine. Le chemin était long mais j'y suis arrivée !

A Docteur Pitman, Docteur Briant et Docteur Le Guennec qui ont su me partager leur passion pour la médecine générale.

Aux médecins et équipes soignantes de l'hôpital de Lesneven, Landerneau et Quimperlé de m'avoir accompagnée et soutenue pendant mon internat.

A tous les professionnels que j'ai pu rencontrer et qui m'ont fait profiter de leur expérience.

Et enfin à Soline, ma future associée. Merci pour ton énergie et ta bonne humeur communicative. J'ai hâte de pouvoir travailler avec toi.

RESUME

Introduction : 8% des adolescents de 12 à 18 ans en France souffriraient de dépression. Les facteurs de risque de dépression de l'adolescent sont mal identifiés. L'objectif principal était de collecter des données sociodémographiques à propos des adolescents à l'inclusion dans l'étude AdoDesP.

Méthodes : L'étude AdoDesP était un essai contrôlé randomisé en ouvert, son but était de recueillir des données sur la prévalence de la dépression chez l'adolescent et de repérer des facteurs de risque potentiels. Ce travail s'est attaché à recueillir les données socio-démographiques des adolescents lors de l'inclusion dans l'étude. Ces données ont ensuite été analysées à l'aide de statistiques descriptives.

Résultats : 42 adolescents ont été inclus dont 13 considérés comme dépressifs selon l'échelle ADRS. Parmi le groupe dépressif, il y avait 9 filles et 4 garçons. L'âge moyen était de 14.05 ans. Des antécédents familiaux de dépression ont été retrouvés chez 11 adolescents. Des antécédents familiaux de suicide / tentative de suicide ont été retrouvés chez 4 adolescents. Il semblait y avoir une prédominance de tentative de suicide chez la mère dans le groupe dépressif. 2 adolescents présentaient un handicap (troubles de l'apprentissage). Il n'y avait pas de différence en fonction du sexe. Il n'y a pas eu, dans l'échantillon, d'adolescent placé ou porteur de maladie grave.

Conclusion : Les médecins investigateurs se sont heurtés à de nombreux refus lors des inclusions. Le manque de temps et de rémunération ainsi que les difficultés de communication ont été les principaux freins à cette étude. Il est possible de suggérer le rôle des antécédents de dépression parentale ainsi que des antécédents de suicide / tentative de suicide maternels. Il serait intéressant d'élargir les critères d'inclusion afin d'avoir un échantillon plus représentatif notamment chez les adolescents redoublants, placés ou porteurs de maladie grave.

ABSTRACT

Introduction: 8% of teenagers aged 12 to 18 in France, suffer from depression. The risk factors for adolescent depression are poorly identified. The objective was to collect socio-demographic data about adolescents included in the AdoDesP study.

Methods: The AdoDesP study was a randomized open-label controlled trial, its aim was to collect data on the prevalence of depression in adolescents and to identify potential risk factors. It focused on collecting socio-demographic data from adolescents at the time of inclusion in the study. These data were analyzed using descriptive statistics.

Results: 42 adolescents were included, 13 of whom were considered depressed according to the ADRS scale. Among the depressed group, there were 9 girls and 4 boys. The average age was 14,05. A family history of depression was found in 11 adolescents. A family history of suicide / suicide attempt was found in 4 adolescents. There seemed to be a predominance of suicide attempt by the mother in the depressed group. 2 adolescents had learning disabilities. There was no gender difference. There were no adolescents placed or had a serious illness.

Conclusion: Investigating physicians have had refusals. Lack of time and remuneration, communication difficulties were the main obstacles to this study. Nevertheless, it is possible to suggest the role of a history of parental depression as well as a history of maternal suicide/attempted suicide. It would be interesting to broaden the inclusion criteria in order to have a more representative sample, particularly among adolescents who are repeaters, in care or carriers of serious illness.

Table des matières

I.	Introduction.....	13
II.	Matériels et méthodes.....	16
II.1.	Type d'étude.....	16
II.2.	Protocole de l'étude.....	16
II.2.A.	Les médecins généralistes.....	16
II.2.B.	La Maison des Adolescents de Brest.....	17
II.2.C.	Les échelles utilisées dans l'étude.....	17
II.2.C.a.	L'échelle HSCL25.....	17
II.2.C.b.	L'ADRS.....	17
II.2.C.c.	L'échelle CDI.....	18
II.2.C.d.	L'échelle PedsQL.....	18
II.2.C.e.	Questionnaire socio-démographique.....	18
II.3.	Définition de l'échantillon.....	19
II.3.A.	Nombre de sujets nécessaire et durée d'inclusion.....	19
II.3.B.	Critères d'inclusion et critères d'exclusion.....	19
II.3.B.a.	Critères d'inclusion.....	19
II.3.B.b.	Critères d'exclusion.....	20
II.4.	Mode de recrutement.....	20
II.4.A.	Recrutement des parents.....	20
II.4.B.	Recrutement des adolescents.....	21
II.5.	Suivi.....	23
II.6.	Variables recueillies.....	23
II.7.	Analyse des données.....	24
III.	Résultats.....	25
IV.	Discussion.....	31
V.	Conclusion.....	39
VI.	Bibliographie.....	40
VII.	Annexes.....	44
VII.1.	HSCL-25.....	44
VII.2.	ADRS.....	45
VII.3.	CDI.....	45
VII.4.	PedsQL 4.0.....	48
VII.4.A.	11-12 ans.....	48
VII.4.B.	13-18 ans.....	50
VII.5.	Questionnaires socio-démographiques.....	52
VII.5.A.	Parents.....	52
VII.5.B.	Adolescents.....	53
VIII.	Serment d'Hippocrate.....	54

Table des figures et tableaux

Figure 1 : Recrutement des parents.....	21
Figure 2 : Recrutement des adolescents	22
Figure 3 : Proportions en fonction du sexe des adolescents dépressifs	27
Figure 4 : Proportions en fonction du sexe des adolescents non dépressifs	28
Figure 5 : Antécédent familial de dépression en pourcentage	29
Figure 6 : Antécédent familial de suicide ou tentative de suicide en pourcentage	30
Tableau I : Antécédents familiaux de dépression	25
Tableau II : Antécédents familiaux de suicide ou tentative de suicide.....	26

Liste des abréviations

- AdoDesP : Dépression de l'adolescent associée à la dépression parentale
- ADRS : Adolescent Depression Rating Scale
- CDI : Child Depression Inventory
- CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire
- CRF : Case Report Form = document de recueil de données patient
- DUMG : Département Universitaire de Médecine Générale
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HSCL 25 : Hopkins Symptoms Check List
- IDE : Infirmier/ère Diplomé/ée d'État
- MDA : Maisons des Adolescents
- PedsQL : Pediatric Quality of Life Inventory
- PREPS : Programme de recherche sur la performance du système des soins

I. Introduction

En France, environ 8% des adolescents entre 12 et 18 ans souffriraient de dépression (1). Il a été montré que les $\frac{3}{4}$ des adolescents disent se sentir compris par leur médecin de famille (2). Cependant certains adolescents auraient plus de facilités à discuter de leur problème somatique et considèreraient même que le mal-être ne relève pas du rôle du médecin généraliste (3).

Durant cette période de construction, les adolescents ont du mal à se confier à leurs proches. Pourtant le besoin d'être rassuré et de se sentir soutenu paraît primordial dans cette population. Une attitude d'écoute et de soutien du médecin généraliste permettrait d'instaurer un climat de confiance et une relation privilégiée pour parler de leurs problèmes psychiques (4). En ce sens, le médecin généraliste représente un acteur majeur dans le dépistage de la dépression dans cette population.

La dépression est une pathologie difficile à diagnostiquer chez les adolescents. La Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations à ce sujet en 2014 (1). La complexité du repérage de la dépression dans cette population est principalement dû au fait que les symptômes sont non spécifiques, multiformes et fluctuants.

Il n'existe que peu d'études récentes à ce sujet. Certains facteurs de risques individuels et environnementaux ou facteurs protecteurs ont été identifiés mais il reste de nombreuses zones d'ombre. Les études précédentes relataient des facteurs de risques complexes et multiples tels que : la dépression parentale (5), le sexe (6, 7), l'âge ou le niveau scolaire (8).

La dépression des parents apparaît être un facteur de risque important de dépression chez l'adolescent. Ce sur-risque pourrait même remonter à 2 générations (9). Il semblerait également que comparativement aux enfants de mères déprimées, les enfants de pères déprimés auraient moins de troubles psychiatriques (5). Avant l'adolescence, la prévalence de la dépression est sensiblement identique chez les filles et garçons. Cette tendance se déséquilibrerait à l'entrée dans l'adolescence avec une augmentation significative de la prévalence de la dépression notamment chez les filles (7).

Ces travaux déjà réalisés ne couvraient pas certains aspects de la recherche dans ce domaine. Ils posent de nouvelles questions concernant les facteurs de risques et de protection non encore explorés.

Le projet de l'étude AdoDesP était né d'un constat réalisé sur le terrain. Les médecins de famille ont un accès privilégié pour dépister de potentiels états dépressifs chez les enfants de parents qu'ils suivent. Ils peuvent effectuer un repérage qui pourrait permettre une meilleure prévention et une meilleure prise en charge des syndromes dépressifs de l'adolescent. De surcroît, une articulation avec les MDA (Maisons des Adolescents) locales serait probablement bénéfique pour un parcours de soin complet et efficient.

Cette étude permettrait aussi de recueillir des données sur la prévalence de la dépression de l'adolescent de parent déprimé et de repérer des facteurs de risques ou de protection potentiels qui étaient encore mal identifiés.

Ce travail a eu pour objectif de collecter des données socio-démographiques à propos des adolescents à l'inclusion, dans une étude plus large, l'étude AdoDesP : Dépression de l'adolescent associée à la dépression parentale. Il s'agissait d'une étude interventionnelle qui a consisté à évaluer les avantages au dépistage et à la prévention secondaire de la dépression des adolescents à partir d'entretiens avec des parents déprimés en médecine générale. Une comparaison a été effectuée entre soins courants et soins primaires associés à un dispositif spécialisé. La recherche des facteurs de risques ou de protection de la dépression chez les adolescents était un des objectifs secondaires de cette étude.

II. Matériels et méthodes

II.1. Type d'étude

L'étude AdoDesP était un essai contrôlé randomisé en ouvert. Une randomisation a été effectuée à partir du groupe de médecins généralistes du « réseau d'investigation clinique en prévention des risques pour la population générale ».

Les médecins étaient avertis du groupe auquel ils avaient été attribués puisqu'il n'était pas possible de les garder en aveugle par rapport à la prise en charge à la MDA.

II.2. Protocole de l'étude

II.2.A. Les médecins généralistes

Une cohorte de médecins généralistes volontaires a été établie pour recruter, parmi leur patientèle, des parents déprimés. Ces médecins faisaient partis, pour la plupart, du « réseau d'investigation clinique en prévention des risques pour la population générale » ou étaient des maitres de stages des universités.

Il a été calculé qu'il fallait au moins 40 médecins de soins primaires. Ils ont ensuite été randomisés en groupe parallèle, afin de les diviser en 2 groupes similaires de 20 personnes : le groupe 1 (soins primaires articulés avec la MDA : Maison des Adolescents de Brest) et le groupe 2 (soins courants). Leurs cabinets devaient se situer à environ 30 minutes de Brest, afin de permettre aux adolescents de se rendre à la Maison des Adolescents de Brest.

II.2.B. La Maison des Adolescents de Brest

La Maison des Adolescents était une structure rattachée au CHRU de Brest. Il s'agissait d'un lieu d'accueil et d'écoute pour les adolescents et jeunes âgés de 12 à 25 ans. Ils y sont accueillis sans rendez-vous, avec ou sans leurs parents, sur les conseils de leur entourage ou adressés par des professionnels de santé. Elle est composée d'une équipe pluridisciplinaire (IDE, psychologue, éducatrice spécialisée, médecin généraliste, diététicienne).

II.2.C. Les échelles utilisées dans l'étude

II.2.C.a. L'échelle HSCL25

La dépression chez les parents a été évaluée par un outil validé en soins primaires : l'échelle HSCL-25 (10 ; 11). Cette échelle (Annexe 1) était un auto-questionnaire comportant 25 questions relatives aux symptômes d'anxiété (questions 1 à 10) et de dépression (questions 11 à 25). Le patient devait attribuer un score de 1 à 4 pour chaque proposition, allant de 1 : pas du tout d'accord à 4 : complètement d'accord. Le score total était obtenu en effectuant la somme des réponses divisée par 25. La dépression était confirmée pour un score $\geq 1,75$.

II.2.C.b. L'ADRS

L'échelle ADRS (Annexe 2)(12) était un auto-questionnaire de 10 items adaptés à l'adolescent. Les items correspondaient aux symptômes de dépression chez l'adolescent

pour lesquelles ils devaient répondre de façon binaire (vrai/faux). Un score ≥ 4 confirmait la présence d'un syndrome dépressif, avec une intensité modérée pour des scores entre 4 et 8 et sévère pour un score supérieur à 8.

II.2.C.c. L'échelle CDI

L'échelle CDI (13), qui évaluait l'intensité de la dépression (Annexe 3) était composée de 27 questions avec pour chacune 3 propositions cotées de 0 à 2. Le score correspondait à la somme de tous les items avec une graduation de l'intensité de la dépression telle que : 0-9 dépression mineure, 10-18 dépression légère, 19-29 dépression modérée, 30-63 dépression sévère.

II.2.C.d. L'échelle PedsQL

L'échelle PedsQL(14) , qui évaluait la qualité de vie des adolescents (Annexe 4) était composée de 23 questions réparties en 4 catégories (ma santé et mes activités ; mes sentiments ; mes relations avec les autres ; l'école). Pour chaque question, la réponse était cotée de 0 à 4 telle que : 0 jamais à 4 presque toujours. Cette échelle comportait deux parties, une complétée par l'adolescent lui-même et une deuxième par le parent.

II.2.C.e. Questionnaire socio-démographique

Il s'agissait de recueillir des données complémentaires afin d'explorer de nouvelles pistes concernant la dépression de l'adolescent.

Un questionnaire (Annexe 5) était rempli par le médecin investigateur lors de la visite d'inclusion. Ce questionnaire comportait plusieurs variables qui pouvaient être de potentiels facteurs de risque ou de protection de la dépression chez l'adolescent.

Les caractéristiques étaient les suivantes : le sexe, la date de naissance, la situation scolaire (classe actuelle, redoublement, classe spécialisée, Maison Départementale des Personnes Handicapées), les antécédents familiaux de dépression (et la/les personnes concernées), les antécédents familiaux de tentative de suicide (et la/les personnes concernées), les antécédents de maladie grave, le handicap et les antécédents de placement.

II.3. Définition de l'échantillon

II.3.A. Nombre de sujets nécessaire et durée d'inclusion

Il a été estimé initialement un nombre de sujets nécessaire de 334 parents et 50 adolescents pour chacun des 2 groupes. La période d'inclusion a eu lieu de mars 2019 à juin 2020. Un suivi de 12 mois était prévu après chaque inclusion.

II.3.B. Critères d'inclusion et critères d'exclusion

II.3.B.a. Critères d'inclusion

Pour les parents : patient majeur, parent d'adolescent âgé de plus de 11 ans et de moins de 18 ans, ayant obtenu un score $\geq 1,75$ selon l'échelle HSCL-25, ayant consenti à sa participation à l'étude.

Pour les adolescents : âgé de plus de 11 ans et de moins de 18 ans, adolescent de parent déprimé inclus dans le protocole, ayant consenti à sa participation à l'étude.

II.3.B.b. Critères d'exclusion

Pour les parents : patient mineur, inapte à donner son consentement, patient sous tutelle ou curatelle, patient non consentant, femme enceinte ou allaitante.

Pour les adolescents : <11 ans ou \geq 18 ans, parent dont la dépression n'a pas été confirmée par l'échelle HSCL-25, adolescent non consentant, femme enceinte ou allaitante.

II.4. Mode de recrutement

II.4.A. Recrutement des parents

Lors d'une consultation chez le médecin généraliste dans le cadre du suivi habituel du parent, le médecin faisait passer l'échelle HSCL-25 afin de dépister une dépression. Auparavant, il lui avait expliqué le déroulement et la finalité de l'étude puis lui avait fait signer un consentement.

Si la dépression était confirmée par l'HSCL-25, le médecin devait vérifier que les critères d'inclusion étaient bien remplis. Le parent avait un questionnaire socio-démographique à remplir (Annexe 5). Un rendez-vous était fixé à la suite avec le ou les adolescents de ce patient

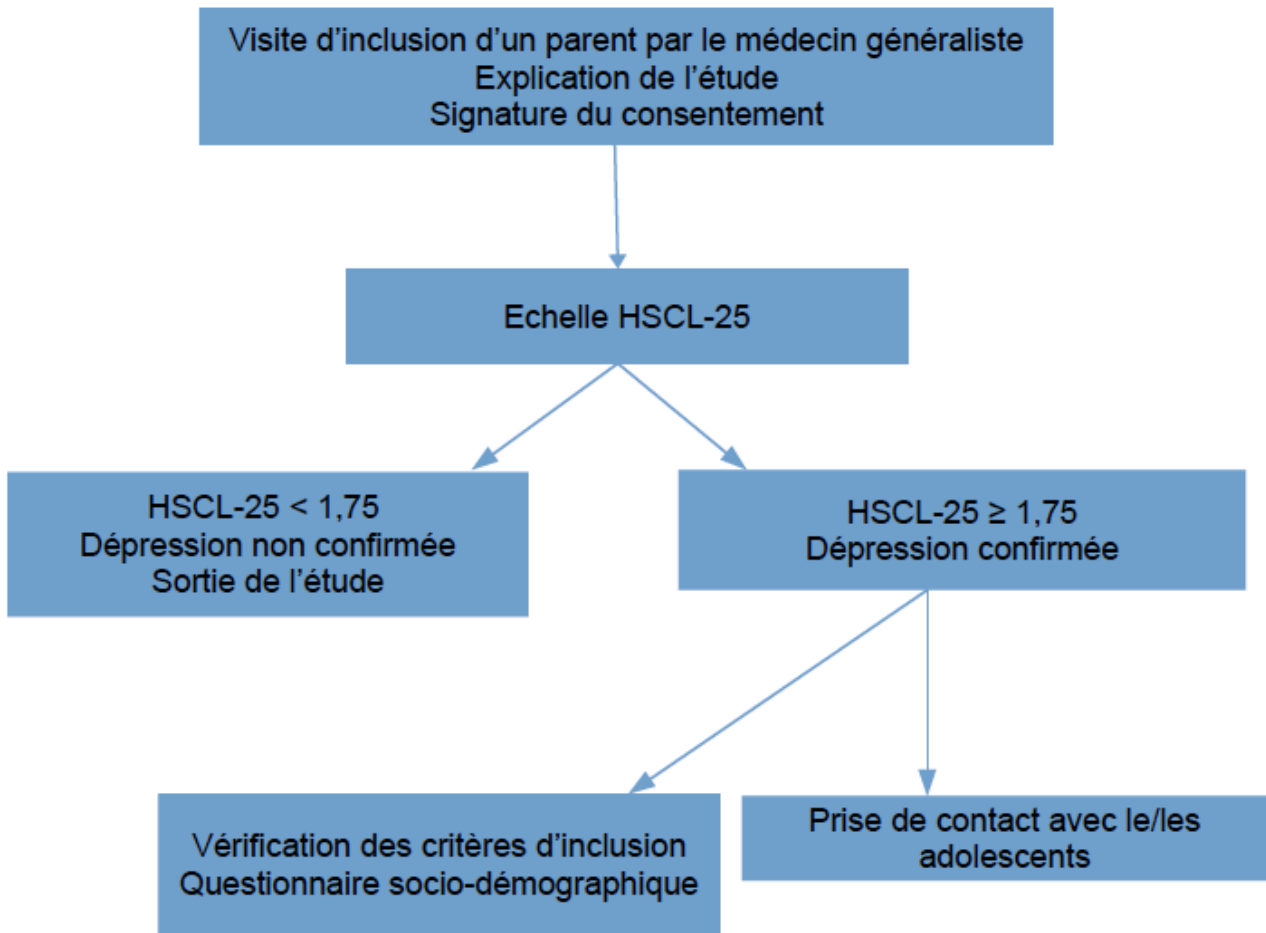


Figure 1 : Recrutement des parents

II.4.B. Recrutement des adolescents

Le médecin généraliste recevait en consultation l'adolescent. A son tour, il lui expliquait l'étude et lui faisait signer un consentement. Il vérifiait que les critères d'inclusion étaient respectés. Après cela, l'adolescent remplissait l'échelle ADRS.

Lorsque l'adolescent ne présentait pas de risque de dépression (score <4), il ne rentrait pas dans l'étude. Le médecin généraliste lui proposait tout de même de se rendre à la MDA s'il en ressentait le besoin.

Lorsque l'adolescent présentait un risque de dépression (score ≥ 4), le médecin généraliste complétait le recueil de données en faisant passer à l'adolescent les échelles CDI et PedsQL adaptées à l'âge. Il était ensuite orienté à la MDA s'il appartenait au groupe 1 ou dans le parcours de soins courants s'il appartenait au groupe 2. Chacun des adolescents devait être revu à la suite pour un suivi.

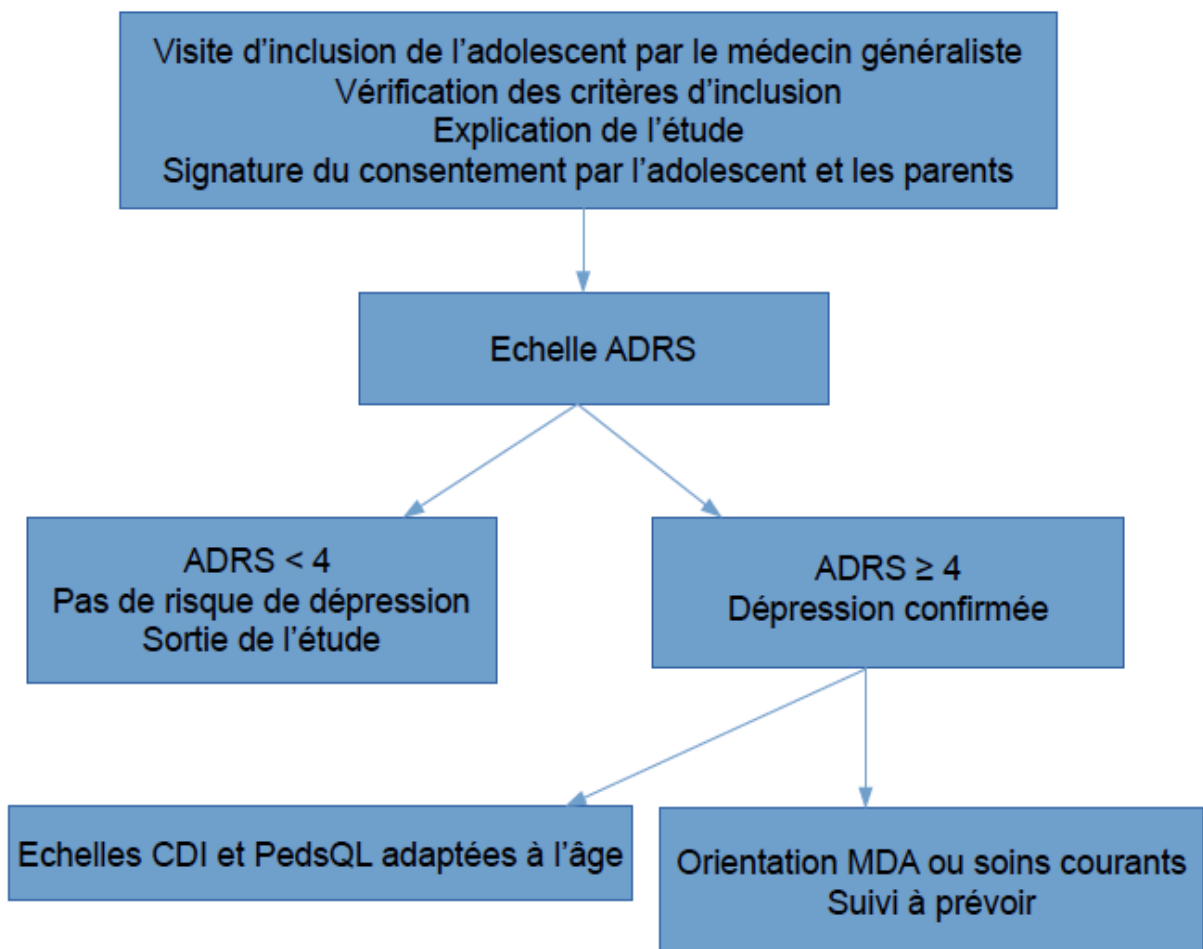


Figure 2 : Recrutement des adolescents

II.5. Suivi

Pour contrôler l'évolution des symptômes dépressifs et de la qualité de vie dans chacun des 2 groupes, une visite de suivi était prévue avec le médecin généraliste à 6 mois puis à 12 mois. Lors de ses visites de suivi, les échelles ADRS, CDI et PedsQL adaptées à l'âge ont à nouveau été complétées. Le médecin généraliste recueillait d'éventuels effets indésirables.

II.6. Variables recueillies

Le travail de cette thèse s'est focalisé sur un objectif secondaire de l'étude AdoDesP : les données sociodémographiques. Elles pourraient permettre de repérer des facteurs de risque et des facteurs de protection de la dépression de l'adolescent.

Les données socio-démographiques étaient collectées chez les parents et chez les adolescents.

Cette thèse ne concernait que les données socio-démographiques des adolescents : il s'agissait de déterminer le sexe, l'âge, la situation scolaire, la présence ou non d'antécédents familial de dépression ou de tentative de suicide, la présence d'une maladie grave, d'un handicap et s'il y avait un antécédent de placement.

Une autre thèse avait pour objectif de recueillir les données concernant les parents : il s'agissait de déterminer l'âge du père et de la mère, la situation maritale, le nombre d'enfants vivant sous le même toit, les professions respectives avec leur niveau socio-économique ainsi que la présence ou non de mesure de protection.

II.7. Analyse des données

Le protocole de l'étude AdoDesP avait prévu des CRF (document de recueil de données patient), pour regrouper les données au fur et à mesure des inclusions et du suivi. Chaque interne remplissait les e-CRF ou cahiers d'observation électronique à partir des données collectées par les médecins investigateurs.

Avec l'aide d'une biostatisticienne, les données ont été recueillies sur les e-CRF et synthétisées dans 2 tableaux. Un tableau regroupait les caractéristiques des adolescents dépressifs à l'inclusion dans l'essai et un second les caractéristiques des adolescents en fonction du statut dépressif ou non.

A partir de ces données, des analyses descriptives ont été réalisées. S'agissant de variables qualitatives, des graphes ont été réalisés afin de rendre l'information plus lisible.

III. Résultats

Caractéristiques du groupe dépressif

13 adolescents ont été inclus au moment de l'écriture de cette thèse.

Il y avait 9 adolescents de sexe féminin (69,2%) et 4 adolescents de sexe masculin (30,8%).

L'âge n'était pas renseigné pour un adolescent. La moyenne d'âge était de 14,05 ans avec un écart-type à 2,26. La médiane était de 14,3 ans. L'âge minimum était de 11 ans et l'âge maximum de 17 ans.

Concernant la situation scolaire, 12 adolescents étaient en classe actuelle (92,3%) et 1 adolescent avait fait un redoublement durant son cursus scolaire (7,7%)

Les antécédents familiaux de dépression ont été répertoriés dans le tableau I en fonction du parent atteint.

Tableau I : Antécédents familiaux de dépression (valeurs entre parenthèses en %)

	Oui	Non	Manquant
Père	4 (36,4)	7 (63,6)	0
Mère	10	0	3
Frère	0	9	4
Soeur	0	9	4
Grand-parent	4 (44,4)	5 (55,6)	4

Les antécédents familiaux de suicide ont été présentés dans le tableau II. 11 adolescents avaient des antécédents familiaux de dépression (84,6%). 4 adolescents avaient des antécédents familiaux de suicide ou tentative de suicide (33,3%).

Tableau II : Antécédents familiaux de suicide ou tentative de suicide (valeurs entre parenthèses en %)

	Oui	Non	Manquant
Père	0	3	10
Mère	3 (75)	1 (25)	9
Frère	0	4	9
Sœur	0	4	9
Grand-parent	2 (66,7)	1 (33,3)	10

Les adolescents inclus dans l'étude AdoDesP n'avaient pas d'antécédent de maladie grave. 2 d'entre eux présentaient un handicap (16,7%) alors que 10 n'en présentaient pas (83,3%).

Les handicaps étaient précisés dans le questionnaire : il s'agissait pour un adolescent de dyslexie et pour un second de trouble de mémorisation et de compréhension de texte.

Il n'y avait pas d'antécédents de placement pour 12 adolescents de l'étude, 1 donnée était manquante pour cette variable.

Caractéristiques des adolescents en fonction du statut dépressif ou non

42 adolescents ont été inclus au total : 13 considérés comme étant dépressifs selon l'échelle ADRS et 29 considérés comme non dépressifs.

Parmi les adolescents de sexe masculin, 4 étaient dépressifs contre 8 dans le groupe non dépressif. Parmi les adolescents de sexe féminin, 9 étaient dépressifs et 21 ne l'étaient pas. Ces résultats sont représentés dans les figures 3 et 4.

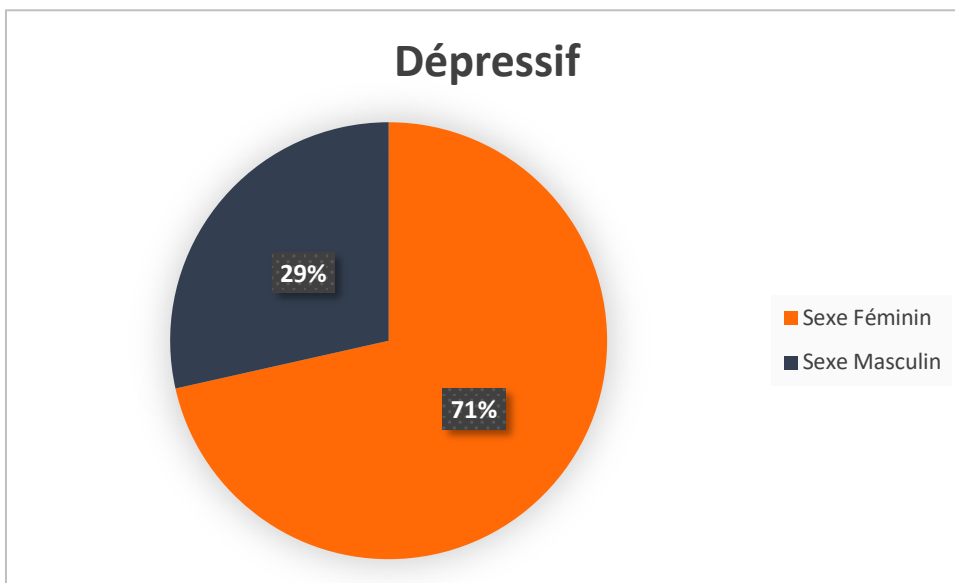


Figure 3 : Proportions en fonction du sexe des adolescents dépressifs

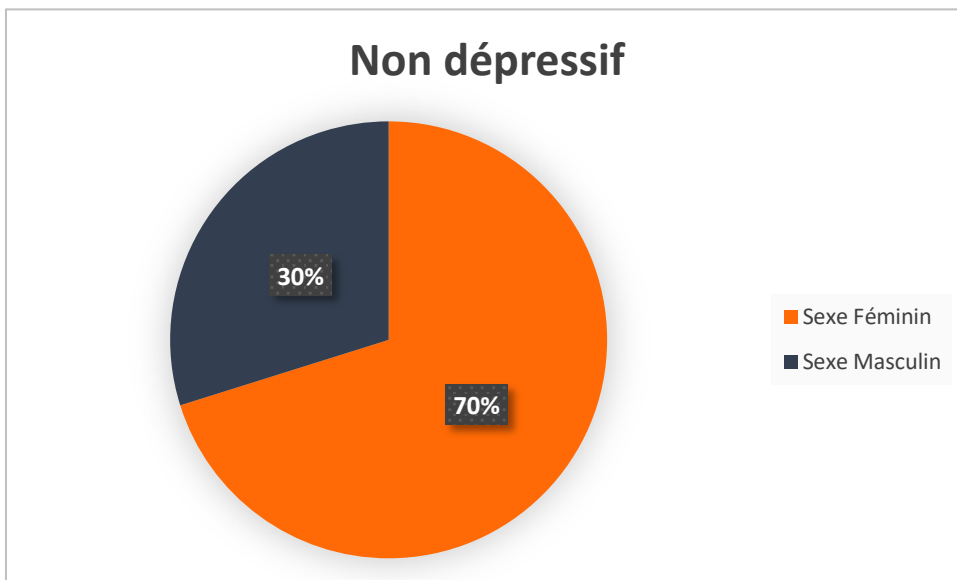


Figure 4 : Proportions en fonction du sexe des adolescents non dépressifs

L'âge moyen était de 13,8 ans chez les non dépressifs contre 14,05 ans chez les dépressifs. L'âge médian était de 14,1 ans chez les non dépressifs contre 14,3 chez les dépressifs.

Concernant la situation scolaire, il y avait un redoublement chez les adolescents dépressifs comme chez les non dépressifs.

38 d'entre eux avaient un antécédent familial de dépression : 27 chez les non-dépressifs et 11 pour les adolescents dépressifs.

Parmi les 27 adolescents non dépressifs, l'antécédent de dépression concernait le père pour 1 d'entre eux, la mère pour 24 d'entre eux, la sœur pour 2 d'entre eux et les grands-parents pour 9 d'entre eux.

Parmi les 11 adolescents dépressifs, l'antécédent de dépression concernait le père pour 4 d'entre eux, la mère pour 10 d'entre eux et les grands-parents pour 4 d'entre eux. Ces résultats sont présentés dans la figure 5 ci-dessous.

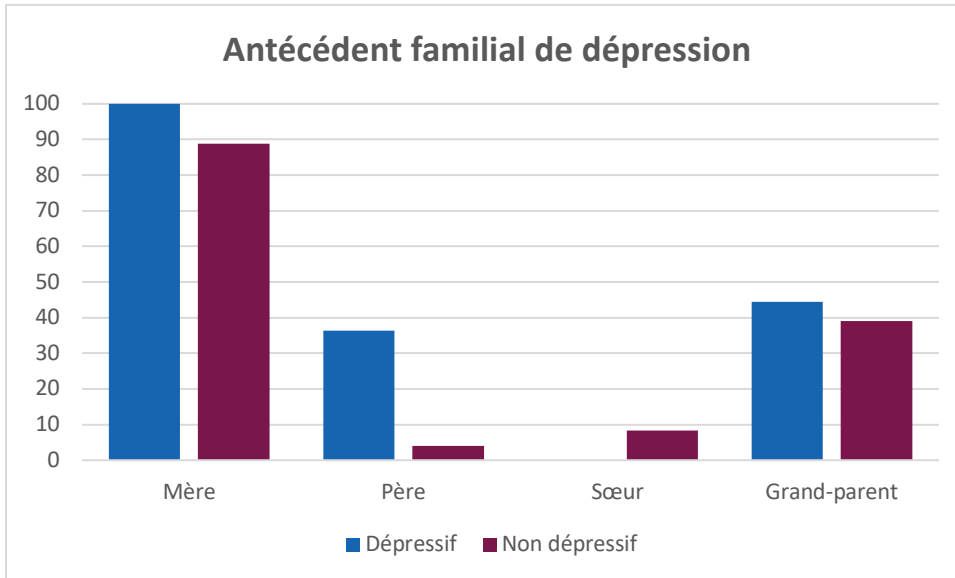


Figure 5 : Antécédent familial de dépression en pourcentage

9 adolescents avaient un antécédent familial de suicide : 5 chez les adolescents dépressifs et 4 chez les adolescents non dépressifs.

Parmi les 5 adolescents non dépressifs, l'antécédent familial de suicide concernait le père pour 2 d'entre eux, la mère pour 2 d'entre eux et les grands-parents pour 3 d'entre eux.

Parmi les 4 adolescents dépressifs, l'antécédent familial de suicide concernait la mère pour 3 d'entre eux et les grands-parents pour 2 d'entre eux.

Ces résultats sont présentés dans la figure 6 ci-dessous.

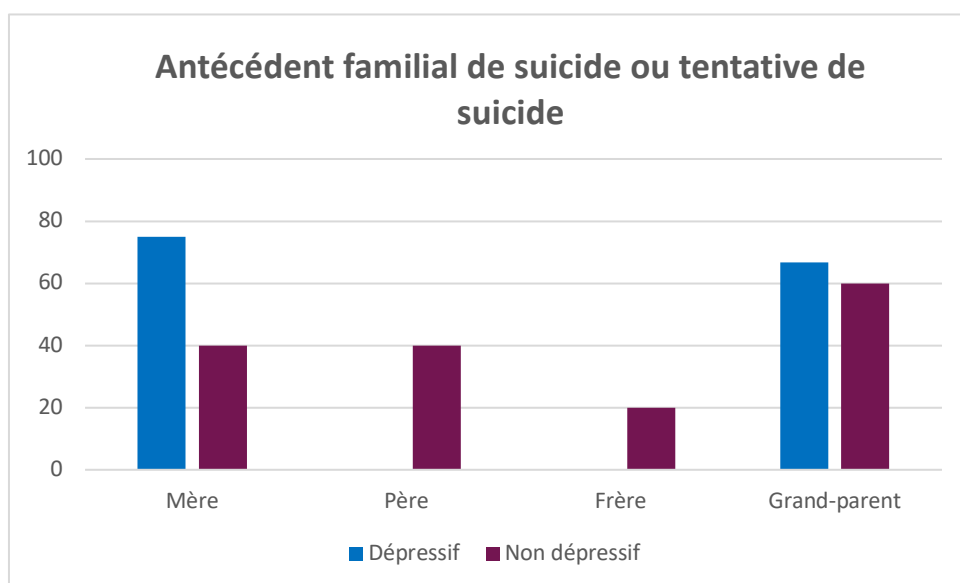


Figure 6 : Antécédent familial de suicide ou tentative de suicide en pourcentage

4 adolescents non dépressifs avaient des antécédents de maladie grave, aucun dans le groupe dépressif.

4 adolescents présentaient un handicap : 2 dans chacun des groupes. Le handicap était une dyslexie pour les 2 adolescents du groupe non dépressif ; une dyslexie et des troubles de mémorisation et de compréhension de texte dans le groupe dépressif.

IV. Discussion

Résultats principaux

Les résultats principaux de cette étude ont été listés ci-dessous par catégorie selon le questionnaire sociodémographique rempli à l'inclusion :

Genre

Dans cette étude, il n'a pas été possible de conclure à une différence entre les genres concernant la dépression de l'adolescent. Il y avait une prédominance d'adolescentes dans l'échantillon de cette étude mais la proportion selon le genre est similaire dans le groupe dépressif et dans le groupe non dépressif.

D'autres études antérieures, notamment celle de Twenge et al. (15) et Peterson et al. (16), avaient pu suggérer que la dépression chez l'adolescent touchait majoritairement les adolescentes. Cette différence entre les genres était retrouvée, particulièrement après 12 ans. Nos critères d'inclusion concernant l'âge étaient donc parfaitement établis. Des effectifs plus importants permettraient peut-être de retrouver ces résultats.

Antécédents familiaux de dépression

Il apparaît dans l'échantillon de cette étude une nette prédominance de dépression paternelle dans le groupe dépressif par rapport au groupe non dépressif. Cependant, il n'a

pas pu être montré de différence entre les deux groupes concernant les antécédents paternels de dépression, du fait du faible effectif.

Il était également retrouvé une proportion importante, sur l'échantillon, de dépression chez la mère et les grands-parents.

Dans la littérature, il était habituellement retrouvé d'avantage de dépression maternelle que de dépression paternelle. (17 ; 18) La relation entre maladie mentale parentale et dépression de l'adolescent qui était suggérée dans cette étude, va dans le sens d'autres travaux réalisés à ce sujet. (19 ; 20) La dépression d'au moins un des deux parents augmenterait les risques de problèmes émotionnels chez les adolescents et notamment le risque de dépression. (21) De plus, les relations familiales positives sembleraient être protectrices dans la dépression de l'adolescent. (22 ; 23)

Antécédents familiaux de suicide/tentative de suicide

Concernant les antécédents familiaux de suicide et/ou de tentative de suicide, il n'a pas été retrouvé de différence entre le groupe dépressif et le groupe non dépressif. Il apparaissait cependant une prédominance de tentative de suicide chez la mère dans le groupe dépressif.

Dans cette étude, il était retrouvé une proportion plus importante de suicide / tentative de suicide chez les pères et les frères dans le groupe non dépressif, ce qui pourrait être dû au faible effectif et à un nombre important de données manquantes.

Dans la littérature, peu d'études s'intéressaient à ce facteur de risque. Il semblerait que les enfants ayant des antécédents familiaux de tentative de suicide ou suicide, quel que

soit le parent concerné, soient plus à risque de développer des troubles de l'humeur et notamment des syndromes dépressifs. Ils seraient également plus à risque d'évènements suicidaires (24 ; 25).

Antécédents de placement

Il n'y a pas eu d'adolescent placé inclus dans l'étude, ceci était peut-être lié au design de l'étude qui consistait à repérer des adolescents déprimés après recrutement de leurs parents. Il n'a alors pas pu être démontré de lien entre dépression de l'adolescent et antécédents de placement. Il n'était pas aisé de pouvoir réunir suffisamment d'information sur cette donnée. En France, les enfants placés représenteraient environ 21 ‰ de la population (26). Une étude dédiée à cette problématique serait mieux adaptée.

Certaines études suggéraient que les enfants et adolescents pris en charge par l'aide sociale à l'enfance constituaient une population à haut risque de développer une pathologie psychiatrique. Ils souffriraient davantage de labilité émotionnelle et d'impulsivité (27).

La structure familiale aurait un rôle important dans le développement de l'enfant et notamment son développement psychoaffectif (28). Par ailleurs, la différence entre adolescents placés et adolescents vivants dans leur milieu familial serait plus marquée pour les adolescentes (29).

La question de la structure familiale comme facteur de risque ou de protection de la dépression chez l'adolescent serait une nouvelle piste de recherche. Dans quel type de famille observerait-on le plus de dépression chez les adolescents ? Une étude de Laukkanen et al., de 2016 (30) montrait qu'il y avait plus de dépression chez les adolescents issus de famille monoparentale que chez les adolescents placés.

Antécédents de maladie grave / handicap

Aucun adolescent de cette étude n'avait déclaré être porteur d'une maladie grave. Cet aspect n'a pas pu être évalué.

De nombreux travaux ont montré que la proportion d'adolescents atteints par une maladie chronique et concernés par la dépression était plus élevée que dans la population générale d'adolescents. D'après la littérature, les adolescents malades présentaient 2 à 3 fois plus de symptômes dépressifs que ceux en bonne santé. (31 ; 32) Les pathologies les plus souvent retrouvées, étaient : le diabète, les maladies respiratoires ou encore l'épilepsie.

Concernant le handicap moteur ou mental, de rares études évoquaient la souffrance psychique et la solitude comme étant pourvoyeurs de syndrome dépressif chez les adolescents handicapés. (33)

Dans cette étude, les causes de handicap des adolescents inclus étaient des troubles des apprentissages avec notamment la dyslexie. Peu d'études y faisaient référence pourtant ce handicap touchait environ 5% de la population. Les chiffres variaient selon les études. (34)

Dans la littérature, il n'y avait pas de données en faveur d'un sur-risque de dépression en cas de dyslexie. Il y aurait cependant plus de dépression chez les adolescentes dyslexiques. En effet, une étude de 2006 (35) retrouvait une proportion plus importante de dépression chez les adolescentes dyslexiques par rapport aux adolescents dyslexiques, sans préciser si cette différence était relative au genre uniquement ou à la présence du handicap.

Situation scolaire

Dans l'échantillon de cette étude, il y avait un redoublement dans chacun des deux groupes. La proportion de redoublement dans l'échantillon était donc plus faible que la moyenne nationale qui se situe autour de 1 adolescent sur 4. Les taux de redoublement étant similaires dans nos deux groupes, il n'a pas été possible de mettre en évidence de lien entre dépression de l'adolescent avec la situation scolaire dans cette étude. Pourtant, un certain nombre d'études retrouvaient un lien entre dépression de l'adolescent et l'échec scolaire (36 ; 37 ; 38 ; 39).

L'échec scolaire entraînerait notamment des troubles de l'estime de soi et pourrait favoriser l'épuisement scolaire ou « burn-out » scolaire selon les études (37 ; 38 ; 39).

Biais

Dans cette étude, trois types de biais étaient répertoriés : les biais de sélection, les biais d'information et les biais de confusion :

- Biais de sélection

La randomisation a été faite au niveau des médecins investigateurs. Chaque médecin était considéré comme un centre. Les adolescents ont été inclus au fur et à mesure sans sélection préalable. Cependant le nombre d'adolescents inclus était trop faible, ce qui constitue un biais de sélection.

Le fait que de nombreux centres n'aient pas inclus constitue également un biais.

Il y a également eu un biais de volontariat, en effet, les caractéristiques des personnes volontaires pour participer à l'étude pouvaient être différentes de celles des personnes qui avaient décidé de ne pas y participer. Cela entraînait un problème de significativité de l'échantillon par rapport à la population générale d'adolescent. Ce biais de volontariat existait à plusieurs niveaux : les médecins qui n'ont pas proposé l'étude à leurs patients, les parents qui n'ont pas voulu que leurs adolescents participent à l'étude et les adolescents eux-mêmes.

- *Biais d'information*

Un biais d'information existait même si celui-ci a été limité en formant les investigateurs pour la réalisation des formalités de l'étude et du suivi. La formation des investigateurs avait lieu lors de séminaire. Néanmoins, certains investigateurs n'ont pas souhaité ou n'ont pas pu participer aux journées de formation.

Dans cette étude, il y a eu des données manquantes et la transcription des données dans le recueil informatique a été réalisé par plusieurs personnes ce qui augmentait le risque d'erreur.

Le biais d'enquêteur a été évité en sélectionnant des auto-questionnaires à faire remplir par les adolescents. Cela évitait que l'investigateur oriente involontairement l'adolescent dans ses réponses.

- Biais de confusion

L'étude avait pour objectif principal de montrer une différence entre deux prises en charges du point de vue de la dépression. Ce travail analysait les données socio-démographiques à l'inclusion dans l'étude. C'était donc une analyse secondaire.

De plus, le choix des variables a été fait de manière arbitraire. Il y a peut-être eu d'autres facteurs de risques confondants.

Difficultés rencontrées et force de l'étude

Du fait de nombreux refus et de difficultés d'inclusion par les médecins investigateurs, l'échantillon était insuffisant pour pouvoir faire une analyse statistique des résultats.

Cet échec avait soulevé beaucoup de questions, notamment sur les freins aux inclusions. Les médecins investigateurs évoquaient, entre autres, le manque de temps en consultation ainsi que le manque de rémunération pour le temps consacré.

Il a été retrouvé également des difficultés de communication, notamment des réticences à aborder le sujet avec leurs patients et avec les adolescents. La dépression a souvent été vue comme une pathologie un peu honteuse et culpabilisante dont il était difficile de parler, même à son médecin traitant. Les médecins étaient-ils suffisamment formés sur les techniques de communication avec le patient ? Avaient-ils les outils nécessaires pour aborder le sujet délicat de la dépression en consultation ?

La force de cette étude était qu'elle a cherché à inclure des adolescents en soins primaires. Cela en faisait aussi sa faiblesse du fait des difficultés d'inclusion par les médecins généralistes qui ont dû faire face à de nombreux refus ou réticences.

Cette étude a eu le mérite de mettre en lumière le manque de recherches sur le sujet de la dépression chez les adolescents.

Il serait intéressant d'avoir des études à plus grande échelle et particulièrement sur le rôle de la situation scolaire, du handicap et du placement sur la survenue d'épisode dépressif chez l'adolescent.

V. Conclusion

L'objectif principal de cette étude était de collecter des données socio-démographiques à propos des adolescents à l'inclusion dans l'étude AdoDesP. L'objectif secondaire était de rechercher des facteurs de risque ou de protection de la dépression chez les adolescents.

Il n'y a pas eu suffisamment d'adolescents inclus pour pouvoir faire une analyse statistique comparative des données recueillies mais nous avons pu réaliser une analyse descriptive. Les médecins investigateurs se sont heurtés à de nombreux refus ou réticences lors des inclusions.

Les données recueillies permettaient de suggérer que les antécédents de dépression parentale ainsi que les antécédents de suicide / tentative de suicide chez la mère pourraient être des facteurs de risque pour la dépression de l'adolescent.

Ce travail s'inscrivait dans le cadre d'une étude plus vaste, l'étude AdoDesP, encore en cours actuellement. Les résultats obtenus dans cette étude seront à confronter aux résultats obtenus dans les travaux à venir.

Il serait intéressant d'élargir les critères d'inclusion afin d'augmenter la taille de l'échantillon. Cela permettrait d'augmenter la représentativité de l'échantillon par rapport à la population générale d'adolescents : ce qui n'a pas été possible dans cette étude.

Il n'y avait notamment pas suffisamment d'adolescents redoublants et pas d'adolescents placés ou souffrant de handicap. L'analyse de ces facteurs de risque spécifiques n'a pas pu aboutir. Ces questions restent sans réponse puisqu'il n'y a que peu d'études récentes à ce sujet.

VI. Bibliographie

1. HAS. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. 2014.
2. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale ? La Revue du Praticien. 2005;1073–1077.
3. Boulestreau - Grasset H. Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste. Thèse de Médecine. Université de Nantes; 2009, 64p.
4. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant : Pour une Meilleure Prise en Charge des Conduites à Risque. Thèse de Médecine. Université Rene Descartes Paris V; 2004, 118p.
5. Pilowsky DJ, Wickramaratne P, Poh E, Hernandez M, Batten LA, Flament MF, et al. Psychopathology and Functioning and among Children of Treated Depressed Fathers and Mothers. J Affect Disord. 2015; 164 :107–111.
6. Bouma EMC, Ormel J, Verhulst FC, Oldehinkel AJ. Stressful life events and depressive problems in early adolescent boys and girls : The influence of parental depression , temperament and family environment. J Affect Disord. 2008;105:185–193.
7. Rao U, Chen L. Characteristics, correlates, and outcomes of childhood and adolescent depressive disorders. 2009;11(1):45–62.
8. Shen H, Magnusson C, Rai D, Lundberg M, Lê-Scherban F, Dalman C, et al. Associations of Parental Depression With Child School Performance at Age 16 Years in Sweden. JAMA Psychiatry. 2016;73(3):239–246.
9. Weissman MM, Berry OO, Warner V, Gelernter MJ, Skipper J, Talati A, et al. A 30-Year Study of 3 Generations at High Risk and Low Risk for Depression. JAMA Psychiatry. 2017;73(9):970–977.
10. Nabbe P, Le Reste JY, Guillou-Landreat M, Gatineau F, Le Floch B, Montier T, et al. The French version of the HSCL-25 has now been validated for use in primary care. PLoS One. 2019;14(4):1–14.
11. Nabbe P, Le Reste JY, Guillou-Landreat M, Beck-Robert E, Assenova R, Lazic D, et al. One consensual depression diagnosis tool to serve many countries : a challenge ! A RAND / UCLA methodology. BMC Res Notes. 2018;11(4):1–8.

12. Revah-levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The Adolescent Depression Rating Scale (ADRS): a validation study. *BMC Psychiatry*. 2007;7(2):1–10.
13. Duyme M, Capron C. L 'inventaire du développement de l 'enfant (IDE) Normes et validation françaises du Child Development Inventory (CDI). *Médecine & Hygiène*. 2010;22:13–26.
14. Varni JW, Burwinkle TM, Seid M, Skarr D. The PedsQL 4.0 as a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Ambul Pediatr*. 2003;3(6):329–341.
15. Twenge JM, Nolen-Hoeksema S. Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the Children's Depression Inventory: A meta-analysis. *J Abnorm Psychol*. 2002;111(4):578–588.
16. Petersen AC, Sarigiani PA, Kennedy RE. Adolescent depression: Why more girls? *J Youth Adolesc*. 1991;20(2):247–271.
17. Tully EC, Iacono WG, McGue M. An adoption study of parental depression as an environmental liability for adolescent depression and childhood disruptive disorders. *Am J Psychiatry*. 2008;165(9):1148–1154.
18. Cummings EM, Davies PT. Maternal Depression and Child Development. *Paediatr Child Heal*. 2004;9(8):575–583.
19. Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379:1056–1067.
20. Piché G, Cournoyer M, Bergeron L, Clément M-E, Smolla N. Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. *Sante Ment Que*. 2017;42(1):19–42.
21. Van Loon LMA, Van de Ven MOM, Van Doesum KTM, Witteman CLM, Hosman CMH. The Relation Between Parental Mental Illness and Adolescent Mental Health: The Role of Family Factors. *J Child Fam Stud*. 2014;23(7):1201–1214.
22. Marcotte D. La dépression chez les adolescents : état des connaissances, famille, école et stratégies d'intervention. Presses de. 2013. 156 p.
23. Muris P, Schmidt H, Lambrichts R, Meesters C. Protective and vulnerability factors of depression in normal adolescents. *Behav Res Ther*. 2001;39:555–565.
24. Mann JJ, Bortinger J, Oquendo MA, Currier D, Li S, Brent DA. Family history of suicidal behavior and mood disorders in probands with mood disorders. *Am J Psychiatry*. 2005;162(9):1672–1679.

25. Melhem NM, Brent DA, Ziegler M, Iyengar S, Kolko D, Oquendo MA, et al. Familial Pathways to Early-Onset Suicidal Behavior : Familial and Individual Antecedents of Suicidal Behavior. *Am J Psychiatry*. 2007;164(9):1364–1370.
26. Observatoire national de la protection de l'enfance. Chiffres clés en protection de l'enfance au 31 décembre 2018. Onpe. 2018;8p
27. Kayser C, Jaunay E, Giannitelli M, Deniau E, Brunelle J, Bonnot O, et al. Facteurs de risque psychosociaux et troubles psychiatriques des jeunes pris en charge par l'aide sociale à l'enfance et ayant recours à des soins hospitaliers. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2011;59(7):393–403.
28. Krymko-Bleton I. Développement affectif de l'enfant de la naissance à douze ans. Université du Québec, 2015 ; 27 p.
29. Gamache N. L'attachement parental, le fonctionnement familial et la dépression chez les adolescentes résidant en centre d'accueil. Université du Québec. 1995.
30. Laukkanen M, Hakko H, Riipinen P, Riala K. Does Family Structure Play a Role in Depression in Adolescents Admitted to Psychiatric Inpatient Care? *Child Psychiatry Hum Dev*. 2016;47(6):918–924.
31. Bouteyre E, Loue B. L'adhésion thérapeutique chez l'adolescent atteint de maladie chronique: État de la question. *Arch Pediatr*. 2012;19(7):747–754.
32. Grey M, Whittemore R, Tamborlane W. Depression in Type 1 diabetes in children natural history and correlates. *J Psychosom Res*. 2002;53(4):907–911.
33. Pivry S, Bréchon G, Scelles R. Depressive process in young people with physical disability and cognitive disorders, in the care of a special school: A qualitative and prospective study. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc*. 2020;68(2):83–92.
34. FFDYS, Fédération Française des DYS. [En ligne] <http://www.ffdys.com>. Consulté le 4 février 2021.
35. Alexander-Passe N. How dyslexic teenagers cope: An investigation of self-esteem, coping and depression. *Dyslexia*. 2006;12(4):256–275.
36. Gagné M-E, Marcotte D. Effet médiateur de l'expérience scolaire sur la relation entre la dépression et le risque de décrochage scolaire chez les adolescents vivant la transition primaire- secondaire. *Rev psychoéducation*. 2010;39(1):27–44.
37. Da Fonseca D, Cury F, Rufo M, Poinso F. Facteurs prédictifs de la dépression chez l'adolescent en contexte scolaire : rôle des théories implicites de l'intelligence. *Encephale*. 2007;33(5):791–797.

38. Zakari S, Walburg V, Chabrol H. Étude du phénomène d'épuisement scolaire, de la dépression et des idées de suicides chez des lycéens français. *J thérapie Comport Cogn.* 2008;18:113–118.
39. Gagné MÉ, Marcotte D, Fortin L. L'impact de la dépression et de l'expérience scolaire sur le décrochage scolaire des adolescents. *Rev Can l'éducation.* 2011;34(2):77–92

VII. Annexes

VII.1. HSCL-25

HSCL-25 :

Le HSCL-25 est un auto-questionnaire en 25 questions relatives à la présence et l'intensité des symptômes d'anxiété et de dépression durant la dernière semaine pleine.

Merci de répondre à chaque proposition, sur une échelle en quatre points, cotée de 1 à 4.

Date de complétion : |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

	Items	1: Pas du tout d'accord	2: Un peu d'accord	3: Plutôt d'accord	4: Complètement d'accord
1	Vous avez peur sans raison				
2	Vous vous sentez effrayé(e)				
3	Vous avez une sensation d'étourdissement				
4	Vous vous sentez nerveux(se)				
5	Vous avez l'impression que votre cœur bat anormalement vite				
6	Vous avez la sensation de trembler				
7	Vous vous sentez tendu(e)				
8	Vous avez des maux de tête				
9	Vous vous sentez paniqué(e)				
10	Vous vous sentez agité(e)				
11	Vous manquez d'énergie				
12	Vous ressentez une sensation de culpabilité				
13	Vous pleurez facilement				
14	Vous ressentez un désintérêt pour la vie sexuelle				
15	Vous avez une sensation de solitude				
16	Vous vous sentez désespéré(e)				
17	Vous avez le cafard				
18	Vous avez pensé à mettre fin à votre vie				
19	Vous vous sentez pris(e) au piège				
20	Vous vous inquiétez trop				
21	Plus rien ne vous intéresse				
22	Tout est un effort pour vous				
23	Vous avez le sentiment d'être bon à rien				
24	Vous avez perdu l'appétit				
25	Votre sommeil est perturbé				

Score (somme de tous les items/25) : |_|_|.|_|_|_|

VII.2. ADRS

Numéro de patient : |_|_|-|_|_|_|_|

Date : |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

Visite : Inclusion M6 M12

ADRS :

Je coche « vrai » si la phrase correspond à ce que je vis, ou « faux » si elle ne correspond pas

		Vrai (=1)	Faux (=0)
1	Je n'ai pas d'énergie pour l'école et 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 de 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	A l'école, au boulot, je n'y arrive pas		

Score : somme des résultats = ___/10

Un score compris entre 4 et 8 indique une dépression modérée alors qu'un score supérieur à 8 indique une dépression importante.

VII.3. CDI

CDL:

Il arrive que les enfants n'aient pas toujours les mêmes sentiments et les mêmes idées. Ce questionnaire te donne une liste par groupe de sentiments et d'idées. Dans chaque groupe, choisis une phrase, celle qui décrit le mieux ce que tu as fait, ressenti, pensé au cours des deux dernières semaines. Quand tu auras choisi ta phrase dans le premier groupe, tu passeras au suivant. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Choisis seulement la phrase qui décrit le mieux ta manière d'être ces derniers temps. Inscris une croix comme ceci X à côté de ta réponse, dans la case correspondant à la phrase que tu as choisie.

Voici un exemple de ce qui t'est demandé. Essaie. Inscris une croix à côté de la phrase qui te décrit le mieux. Exemple :

- Je lis des livres tout le temps
- Je lis des livres de temps en temps
- Je ne lis jamais de livres

Souviens toi, choisis la phrase qui décrit tes sentiments et tes idées au cours des deux dernières semaines.

1	<input type="checkbox"/> Je suis triste de temps en temps <input type="checkbox"/> Je suis triste très souvent <input type="checkbox"/> Je suis triste tout le temps
2	<input type="checkbox"/> Rien ne marchera jamais bien pour moi <input type="checkbox"/> Je ne suis pas sûr que tout marchera bien pour moi <input type="checkbox"/> Tout marchera bien pour moi
3	<input type="checkbox"/> Je réussis presque tout ce que je fais <input type="checkbox"/> Je rate beaucoup de chose <input type="checkbox"/> Je rate tout
4	<input type="checkbox"/> Des tas de choses m'amuse <input type="checkbox"/> Peu de choses m'amuse <input type="checkbox"/> Rien de m'amuse
5	<input type="checkbox"/> Je suis désagréable tout le temps <input type="checkbox"/> Je suis souvent désagréable <input type="checkbox"/> Je suis désagréable de temps en temps
6	<input type="checkbox"/> De temps en temps, je pense que des choses désagréables vont m'arriver <input type="checkbox"/> J'ai peur que des choses désagréables m'arrivent <input type="checkbox"/> Je suis sûr que des choses horribles vont m'arriver
7	<input type="checkbox"/> Je me déteste <input type="checkbox"/> Je ne m'aime pas <input type="checkbox"/> Je m'aime bien
8	<input type="checkbox"/> Tout ce qui ne va pas est de ma faute <input type="checkbox"/> Bien souvent, ce qui ne va pas est de ma faute <input type="checkbox"/> Ce qui ne va pas n'est généralement pas de ma faute
9	<input type="checkbox"/> Je ne pense pas à me tuer <input type="checkbox"/> Je pense à me tuer mais je ne le ferai pas <input type="checkbox"/> Je veux me tuer
10	<input type="checkbox"/> J'ai envie de pleurer tous les jours <input type="checkbox"/> J'ai souvent envie de pleurer <input type="checkbox"/> J'ai envie de pleurer de temps en temps
11	<input type="checkbox"/> Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse/travaille <input type="checkbox"/> Il y a souvent quelque chose qui me tracasse/travaille <input type="checkbox"/> Il y a de temps en temps quelque chose qui me tracasse/travaille

12	<input type="checkbox"/> J'aime bien être avec les autres <input type="checkbox"/> Souvent, je n'aime pas être avec les autres <input type="checkbox"/> Je ne veux jamais être avec les autres
13	<input type="checkbox"/> Je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses <input type="checkbox"/> J'ai du mal à me décider entre plusieurs choses <input type="checkbox"/> Je me décide facilement entre plusieurs choses
14	<input type="checkbox"/> Je me trouve bien physiquement <input type="checkbox"/> Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique <input type="checkbox"/> Je me trouve laid(e)
15	<input type="checkbox"/> Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs <input type="checkbox"/> Je dois me forcer souvent pour faire mes devoirs <input type="checkbox"/> Ça ne me pose pas de problème de faire mes devoirs
16	<input type="checkbox"/> J'ai toujours du mal à dormir la nuit <input type="checkbox"/> J'ai souvent du mal à dormir la nuit <input type="checkbox"/> Je dors plutôt bien
17	<input type="checkbox"/> Je suis fatigué de temps en temps <input type="checkbox"/> Je suis souvent fatigué <input type="checkbox"/> Je suis tout le temps fatigué
18	<input type="checkbox"/> La plupart du temps je n'ai pas envie de manger <input type="checkbox"/> Souvent, je n'ai pas envie de manger <input type="checkbox"/> J'ai plutôt bon appétit
19	<input type="checkbox"/> Je ne m'inquiète pas quand j'ai mal quelque part <input type="checkbox"/> Je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part <input type="checkbox"/> Je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part
20	<input type="checkbox"/> Je ne me sens pas seul <input type="checkbox"/> Je me sens souvent seul <input type="checkbox"/> Je me sens toujours seul
21	<input type="checkbox"/> Je ne m'amuse jamais à l'école <input type="checkbox"/> Je m'amuse rarement à l'école <input type="checkbox"/> Je m'amuse souvent à l'école
22	<input type="checkbox"/> J'ai beaucoup d'amis <input type="checkbox"/> J'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus <input type="checkbox"/> Je n'ai aucun ami
23	<input type="checkbox"/> Mes résultats scolaires sont bons <input type="checkbox"/> Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu'avant <input type="checkbox"/> J'ai de mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir
24	<input type="checkbox"/> Je ne fais jamais aussi bien que les autres <input type="checkbox"/> Je peux faire aussi bien que les autres si je le veux <input type="checkbox"/> Je ne fais ni mieux ni plus mal que les autres
25	<input type="checkbox"/> Personne ne m'aime vraiment <input type="checkbox"/> Je me demande si quelqu'un m'aime <input type="checkbox"/> Je suis sûr que quelqu'un m'aime
26	<input type="checkbox"/> Je fais généralement ce qu'on me dit <input type="checkbox"/> La plupart du temps je ne fais pas ce qu'on me dit <input type="checkbox"/> Je ne fais jamais ce qu'on me dit
27	<input type="checkbox"/> Je m'entends bien avec les autres <input type="checkbox"/> Je me bagarre souvent <input type="checkbox"/> Je me bagarre tout le temps

VII.4. PedsQL 4.0

VII.4.A. 11-12 ans

PEDSQL VERSION 4.0 – RAPPORT SUR L'ENFANT (11-12 ANS) :

Sur la page suivante, il y a une liste de choses qui peuvent te poser problème. Dis-moi pour chacune de ces choses si cela a été un problème pour toi au cours du mois dernier en entourant :

0 si ce n'est jamais un problème

3 si c'est souvent un problème

1 si ce n'est presque jamais un problème

4 si c'est presque toujours un problème

2 si c'est parfois un problème

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses.

Si tu ne comprends pas une question, n'hésite pas à me demander de l'aide.

Au cours du MOIS DERNIER, les choses suivantes ont-elles été un problème pour toi ?

Ma santé et mes activités (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai des difficultés à marcher plus loin que le coin de la rue	0	1	2	3	4
2. J'ai des difficultés à courir	0	1	2	3	4
3. J'ai des difficultés à faire du sport ou de l'exercice	0	1	2	3	4
4. J'ai des difficultés à soulever un objet lourd	0	1	2	3	4
5. J'ai des difficultés à prendre un bain ou une douche tout(e) seul(e)	0	1	2	3	4
6. J'ai des difficultés à aider dans la maison	0	1	2	3	4
7. Je ressens des douleurs	0	1	2	3	4
8. Je manque d'énergie	0	1	2	3	4

Score : | | | |

Mes sentiments (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai peur	0	1	2	3	4
2. Je me sens triste ou déprimé(e)	0	1	2	3	4
3. Je suis en colère ou énervé(e)	0	1	2	3	4
4. J'ai du mal à dormir	0	1	2	3	4
5. Je m'inquiète de ce qui va m'arriver	0	1	2	3	4

Mes relations avec les autres (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai du mal à m'entendre avec les autres enfants	0	1	2	3	4
2. Les autres enfants ne veulent pas être mes amis	0	1	2	3	4
3. Les autres enfants se moquent de moi	0	1	2	3	4
4. Je ne peux pas faire certaines choses que les autres enfants de mon âge peuvent faire	0	1	2	3	4
5. J'ai du mal à suivre les autres enfants quand je joue avec eux	0	1	2	3	4

L'école (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai du mal à être attentif(ve) en classe	0	1	2	3	4
2. J'oublie des choses	0	1	2	3	4
3. J'ai du mal à faire tout mon travail en classe	0	1	2	3	4
4. Je manque l'école parce que je ne me sens pas bien	0	1	2	3	4
5. Je manque l'école pour aller chez le docteur ou à l'hôpital	0	1	2	3	4

Score : | | | |

Score total : | | | |

PEDSQL VERSION 4.0 – RAPPORT PARENTS POUR LES ENFANTS (11-12 ANS) :

Sur la page suivante, vous trouverez une liste de choses qui peuvent représenter un problème pour votre enfant. Veuillez indiquer si ces choses ont été un problème pour votre enfant au cours du mois dernier en entourant :

0 si ce n'est jamais un problème

3 si c'est souvent un problème

1 si ce n'est presque jamais un problème

4 si c'est presque toujours un problème

2 si c'est parfois un problème

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses. Si vous ne comprenez pas une question, n'hésitez pas à demander.

Au cours du MOIS DERNIER, les choses suivantes ont-elles représenté un problème pour votre enfant ?

La capacité physique (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Marcher plus loin qu'un pâté de maison (100m)	0	1	2	3	4
2. Courir	0	1	2	3	4
3. Faire du sport ou de l'exercice	0	1	2	3	4
4. Soulever un objet lourd	0	1	2	3	4
5. Prendre un bain ou une douche tout(e) seul(e)	0	1	2	3	4
6. Aider dans la maison	0	1	2	3	4
7. Ressentir des douleurs	0	1	2	3	4
8. Manquer d'énergie	0	1	2	3	4

Score : | | | | |

L'état émotionnel (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Avoir peur	0	1	2	3	4
2. Se sentir triste ou déprimé(e)	0	1	2	3	4
3. Etre en colère ou énervé(e)	0	1	2	3	4
4. Avoir du mal à dormir	0	1	2	3	4
5. S'inquiéter de ce qui va lui arriver	0	1	2	3	4

Mes relations avec les autres (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. S'entendre avec les autres enfants	0	1	2	3	4
2. Les autres enfants ne veulent pas être son ami	0	1	2	3	4
3. Les autres enfants se moquent de lui / d'elle	0	1	2	3	4
4. N'est pas capable de faire des choses que d'autres enfants de son âge peuvent faire	0	1	2	3	4
5. Suivre le rythme des autres enfants quand il/elle joue avec eux	0	1	2	3	4

L'école (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Etre attentif(ve) en classe	0	1	2	3	4
2. Oublier des choses	0	1	2	3	4
3. Réussir à faire tous ses devoirs	0	1	2	3	4
4. Manquer l'école parce qu'il/elle ne se sent pas bien	0	1	2	3	4
5. Manquer l'école parce qu'il/elle va chez le médecin ou à l'hôpital	0	1	2	3	4

Score : | | | | |

Score total : | | | | |

VII.4.B. 13-18 ans

PEDSQL VERSION 4.0 – RAPPORT SUR L'ADOLESCENT (13-18 ANS) :

Sur la page suivante, il y a une liste de choses qui peuvent te poser problème. Dis-moi pour chacune de ces choses si cela a été un problème pour toi au cours du mois dernier en entourant :

0 si ce n'est jamais un problème

3 si c'est souvent un problème

1 si ce n'est presque jamais un problème

4 si c'est presque toujours un problème

2 si c'est parfois un problème

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses. Si tu ne comprends pas une question, n'hésite pas à me demander de l'aide.

Au cours du **MOIS DERNIER**, les choses suivantes ont-elles été un problème pour toi ?

Ma santé et mes activités (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai des difficultés à marcher plus loin que le coin de la rue	0	1	2	3	4
2. J'ai des difficultés à courir	0	1	2	3	4
3. J'ai des difficultés à faire du sport ou de l'exercice	0	1	2	3	4
4. J'ai des difficultés à soulever un objet lourd	0	1	2	3	4
5. J'ai des difficultés à prendre un bain ou une douche tout(e) seul(e)	0	1	2	3	4
6. J'ai des difficultés à aider dans la maison	0	1	2	3	4
7. Je ressens des douleurs	0	1	2	3	4
8. Je manque d'énergie	0	1	2	3	4

Score : | | | | |

Mes sentiments (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai peur	0	1	2	3	4
2. Je me sens triste ou déprimé(e)	0	1	2	3	4
3. Je suis en colère ou énervé(e)	0	1	2	3	4
4. J'ai du mal à dormir	0	1	2	3	4
5. Je m'inquiète de ce qui va m'arriver	0	1	2	3	4

Mes relations avec les autres (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai du mal à m'entendre avec les autres	0	1	2	3	4
2. Les autres ne veulent pas être amis avec moi	0	1	2	3	4
3. Les autres se moquent de moi	0	1	2	3	4
4. Je ne peux pas faire certaines choses que les autres jeunes de mon âge peuvent faire	0	1	2	3	4
5. J'ai du mal à suivre les autres	0	1	2	3	4

L'école (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. J'ai du mal à être attentif(ve) en cours	0	1	2	3	4
2. J'oublie des choses	0	1	2	3	4
3. J'ai du mal à faire tout mon travail en classe	0	1	2	3	4
4. Je manque les cours parce que je ne me sens pas bien	0	1	2	3	4
5. Je manque les cours pour aller chez le docteur ou à l'hôpital	0	1	2	3	4

Score : | | | | |

Score total : | | | | |

PEDSQL VERSION 4.0 – RAPPORT PARENT POUR LES ADOLESCENTS (13-18 ANS) :

Sur la page suivante, vous trouverez une liste de choses qui peuvent représenter un problème pour votre enfant (adolescent). Veuillez indiquer si ces choses ont été un problème pour votre enfant au cours du mois dernier en entourant :

0 si ce n'est jamais un problème

3 si c'est souvent un problème

1 si ce n'est presque jamais un problème

4 si c'est presque toujours un problème

2 si c'est parfois un problème

Il n'y a pas de réponses justes ou fausses. Si vous ne comprenez pas une question, n'hésitez pas à demander.

Au cours du **MOIS DERNIER**, les choses suivantes ont-elles été représenté un problème pour votre enfant (adolescent)?

La capacité physique (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Marcher plus loin qu'un pâté de maison (100m)	0	1	2	3	4
2. Courir	0	1	2	3	4
3. Faire du sport ou de l'exercice	0	1	2	3	4
4. Soulever un objet lourd	0	1	2	3	4
5. Prendre un bain ou une douche tout(e) seul(e)	0	1	2	3	4
6. Aider dans la maison	0	1	2	3	4
7. Ressentir des douleurs	0	1	2	3	4
8. Manquer d'énergie	0	1	2	3	4

Score : | | | | |

L'état émotionnel (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Avoir peur	0	1	2	3	4
2. Se sentir triste ou déprimé(e)	0	1	2	3	4
3. Etre en colère ou énervé(e)	0	1	2	3	4
4. Avoir du mal à dormir	0	1	2	3	4
5. S'inquiéter de ce qui va lui arriver	0	1	2	3	4

Mes relations avec les autres (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. S'entendre avec les autres adolescent(e)s	0	1	2	3	4
2. Les autres adolescent(e)s ne veulent pas être son ami	0	1	2	3	4
3. Les autres adolescent(e)s se moquent de lui / d'elle	0	1	2	3	4
4. N'est pas capable de faire des choses que d'autres adolescent(e)s peuvent faire	0	1	2	3	4
5. Suivre le rythme des autres adolescent(e)s	0	1	2	3	4

L'école (problèmes avec ...)	Jamais	Presque jamais	Parfois	Souvent	Presque toujours
1. Etre attentif(ve) en cours	0	1	2	3	4
2. Oublier des choses	0	1	2	3	4
3. Réussir à faire tout son travail en classe	0	1	2	3	4
4. Manquer les cours parce qu'il/elle ne se sent pas bien	0	1	2	3	4
5. Manquer les cours parce qu'il/elle va chez le médecin ou à l'hôpital	0	1	2	3	4

Score : | | | | |

Score total : | | | | |

VII.5. Questionnaires socio-démographiques

VII.5.A. Parents

DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

Date de complétion : |_|_|-|_|_|-|_|_|_|_|

A remplir par le parent entre l'inclusion du parent et la visite d'inclusion de l'adolescent.

Situation familiale du/des adolescents

1. Age du père : |_|_| ans

2. Age de la mère : |_|_| ans

3. Situation maritale des parents :

parents vivant sous le même toit

parents séparés (depuis |_|_| années)

4. Nombre d'enfants vivant sous le même toit : |_|_|

5. Profession du père :

actif

sans emploi

non renseigné

Si actif, niveau socio-économique :

Agriculteurs exploitants

Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

Cadres et professions intellectuelles supérieures

Professions Intermédiaires

Employés

Ouvriers

Retraités

Autres personnes sans activité professionnelle

6. Profession de la mère :

actif

sans emploi

non renseigné

Si actif, niveau socio-économique :

Agriculteurs exploitants

Artisans, commerçants et chefs d'entreprise

Cadres et professions intellectuelles supérieures

Professions Intermédiaires

Employés

Ouvriers

Retraités

Autres personnes sans activité professionnelle

7. Mesure de protection sociale de l'enfant ou de la famille :

Aucune

Action Educative en Milieu Ouvert

Tutelle

Protection Judiciaire de la Jeunesse

Aide Sociale à l'Enfance

VII.5.B. Adolescents

Caractéristique de l'adolescent N°1

1. Sexe :	<input type="checkbox"/> féminin	<input type="checkbox"/> masculin
2. Mois et année de naissance :	_ _ - _ _ _ _	
3. Situation scolaire :	<input type="checkbox"/> classe actuelle <input type="checkbox"/> redoublement <input type="checkbox"/> classes spécialisées	
	<input type="checkbox"/> Maison Départementale des Personnes Handicapées	
4. Antécédents familiaux de dépression :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lien avec la/les personnes concernées :		
	<input type="checkbox"/> père	<input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> frère <input type="checkbox"/> sœur
	<input type="checkbox"/> grand parent :	<input type="checkbox"/> Grand-père paternel <input type="checkbox"/> Grand-mère paternelle
		<input type="checkbox"/> Grand-père maternel <input type="checkbox"/> Grand-mère maternelle
5. Antécédents familiaux de tentative de suicide :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si oui, lien avec la/les personnes concernées :		
	<input type="checkbox"/> père	<input type="checkbox"/> mère <input type="checkbox"/> frère <input type="checkbox"/> sœur
	<input type="checkbox"/> grand parent :	<input type="checkbox"/> Grand-père paternel <input type="checkbox"/> Grand-mère paternelle
		<input type="checkbox"/> Grand-père maternel <input type="checkbox"/> Grand-mère maternelle
6. Antécédent de maladie grave :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7. Handicap (préciser lequel) :	<input type="checkbox"/> Oui (Précisez : _____)	<input type="checkbox"/> Non
8. Antécédent de placement :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

VIII. Serment d'Hippocrate

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée si j'y manque. »

LE NADAN (Elise) – Quelles sont les données socio-démographiques des adolescents à l'inclusion dans l'étude AdoDesP ? - Th. : Méd. : Brest 2021

RESUME :

Introduction : 8% des adolescents de 12 à 18 ans en France souffriraient de dépression. Les facteurs de risque de dépression de l'adolescent sont mal identifiés. L'objectif principal était de collecter des données sociodémographiques à propos des adolescents à l'inclusion dans l'étude AdoDesP.

Méthodes : L'étude AdoDesP était un essai contrôlé randomisé en ouvert, son but était de recueillir des données sur la prévalence de la dépression chez l'adolescent et de repérer des facteurs de risque potentiels. Ce travail s'est attaché à recueillir les données socio-démographiques des adolescents lors de l'inclusion dans l'étude. Ces données ont ensuite été analysées à l'aide de statistiques descriptives.

Résultats : 42 adolescents ont été inclus dont 13 considérés comme dépressifs selon l'échelle ADRS. Parmi le groupe dépressif, il y avait 9 filles et 4 garçons. L'âge moyen était de 14.05 ans. Des antécédents familiaux de dépression ont été retrouvés chez 11 adolescents. Des antécédents familiaux de suicide / tentative de suicide ont été retrouvés chez 4 adolescents. Il semblait y avoir une prédominance de tentative de suicide chez la mère dans le groupe dépressif. 2 adolescents présentaient un handicap (troubles de l'apprentissage). Il n'y avait pas de différence en fonction du sexe. Il n'y a pas eu, dans l'échantillon, d'adolescent placé ou porteur de maladie grave.

Conclusion : Les médecins investigateurs se sont heurtés à de nombreux refus lors des inclusions. Le manque de temps et de rémunération ainsi que les difficultés de communication ont été les principaux freins à cette étude. Il est possible de suggérer le rôle des antécédents de dépression parentale ainsi que des antécédents de suicide / tentative de suicide maternels. Il serait intéressant d'élargir les critères d'inclusion afin d'avoir un échantillon plus représentatif notamment chez les adolescents redoublants, placés ou porteurs de maladie grave.

MOTS CLES :

DEPRESSION – ADOLESCENT
DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES - FACTEURS DE RISQUE

JURY :

Président : M. LE FLOCH
Membres : Mme LALANDE
 M. LE RESTE
 M. CHIRON

DATE DE SOUTENANCE : 18 mars 2021