HAL
open science

L'intensité de la dépression des adolescents à l'inclusion de l'étude ADODESP à l'aide des échelles Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) et Children's Depression Inventory (CDI)

Julie Chique

To cite this version:

Julie Chique. L'intensité de la dépression des adolescents à l'inclusion de l'étude ADODESP à l'aide des échelles Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) et Children's Depression Inventory (CDI). Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03196645

HAL Id: dumas-03196645

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03196645v1

Submitted on 13 Apr 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 : 2021

Thèse présentée par : Madame Julie Chique

Née le 24/03/1992 à Lille

Thèse soutenue publiquement le 18/03/2021

Titre de la thèse : L'intensité de la dépression des adolescents à l'inclusion de l'étude ADODESP à l'aide des échelles Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) et Children's Depression Inventory (CDI).

Président	Mr le Professeur Jean-Yves Le Reste
Membres du jury	Mr le Professeur Guillaume Bronsard
	Mr le Professeur Benoît Chiron
	Mme le Docteur Sophie Lalande
	Mr le Docteur Patrice Nabbe

FACULTÉ
DE MÉDECINE &
SCIENCES DE LA SANTÉ

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE
BREST 1er 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	Ophtalmologie
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 1ère Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive
BEN SALEM Douraied	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 2ème 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 1ère 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 2ème 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 professeur Jean-Yves Le Reste de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Au docteur Sophie Lalande de m'avoir dirigée et conseillée pour cette thèse.

Au professeur Benoît Chiron d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

Au professeur Guillaume Bronsard d'avoir bien voulu faire partie de mon jury.

Au docteur Patrice Nabbe d'avoir participé à l'étude et de faire partie de mon jury.

Aux docteurs Camille Camillieri, Delphine Le Goff, Caroline Le Grignou, Marie Barais, Catherine Magueres d'avoir participé à l'étude.

A Mme Tiphaine Menez pour la gentillesse et la disponibilité, quand j'avais besoin d'informations.

A Mme Maëlys Consigny pour la revue de mes données statistiques.

Au service de pédiatrie de l'hôpital de Quimper, qui m'a soutenue et dont la bienveillance m'a énormément touchée.

A mon collègue, le docteur Maxime Meurin pour la bibliographie et les documents données.

A ma collègue, la docteur Marie-Hélène Muller pour son aimable contribution.

A ma collègue, la docteur Claire Lapostolle pour son attention, sa compréhension et pour les corrections.

Au personnel de l'HIA, qui a toujours fait preuve de gentillesse à mon égard.

A tous les médecins, infirmières et aides-soignantes que j'ai rencontrés lors de mes stages, qui m'ont apporté bien plus que des connaissances.

A mes parents et à ma sœur, Delphine, pour m'avoir soutenue.

A mes amies du couloir, Héloïse, Sympho, Fabi, Sophie, Manoune, Chri, Arthur, Claire pour leur amitié précieuse.

A Bibine, pour toutes les randonnées et les montées que tu m'as fait subir.

A Sarah, pour ton amitié et ton indulgence envers moi.

A Lucky et Maya pour leur aide majeure (lol).

Glossaire

ADODESP : dépression de l'adolescent associée à la dépression parentale

ADRS : Adolescent Depression Rating Scale

CDI : Children's Depression Inventory

DSM 5 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

e-CRF : electronic Case-Report Form

HSCL-25 : Hopkins Symptoms Check List

Max : Maximum

Min : Minimum

N : Nombre de l'effectif

PEDSQL 4.0 : Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 Generic Core Scales

Q1 : premier quartile

Q3 : troisième quartile

SD : standard deviation

Résumé

Titre : L'intensité de la dépression des adolescents à l'inclusion de l'étude ADODESP à l'aide des échelles Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) et Children's Depression Inventory (CDI).

Introduction : Des études ont montré que la dépression parentale était un facteur de risque reconnu de la dépression chez l'adolescent : les enfants de parents dépressifs avaient trois fois plus de risques de développer un épisode dépressif que les enfants de parents non dépressifs. Un des objectifs de l'étude ADODESP (dépression de l'adolescent associée à la dépression parentale) était de mesurer la prévalence de la dépression dans cette population spécifique d'adolescents. Le but de cette thèse était de définir l'intensité de la dépression des adolescents à l'inclusion de l'étude ADODESP à l'aide des échelles ADRS et CDI.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude prospective interventionnelle multicentrique aux environs de Brest, sur une durée de 6 mois, avec recrutement initial des parents dépressifs par des médecins généralistes ou des internes. Secondairement, la dépression et la sévérité de la dépression de l'adolescent, dont le parent dépressif avait été recruté, étaient évalués par les questionnaires ADRS et CDI. Une analyse descriptive des résultats aux questionnaires étaient réalisée.

Résultats : 22 adolescents étaient inclus.2/3 d'adolescentes et 1/3 d'adolescents participaient à cette étude, la moyenne d'âge et l'écart type des participants à l'étude ADODESP étaient de 13 +/-0,8 ans avec une médiane à 14 ans et le premier et troisième quartile à 12 et 15 ans. 41% des adolescents ayant un parent dépressif étaient également dépressifs avec un score ADRS > ou = 4. 67 % des adolescents dépressifs étaient des adolescentes.

Conclusion : L'étude montrait que 41 % des adolescents ayant au moins un parent dépressif seraient dépressifs. Les adolescentes seraient deux fois plus dépressives que les adolescents. Les résultats n'étaient pas significatifs du fait du nombre limité d'adolescents recrutés.

Abstract

Title : Intensity of adolescence depression at the start of the ADODESP study thanks Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) and Children's Depression Inventory (CDI).

Introduction : Studies showed that depressed parents increased risk of depression for offsprings in the adolescence : there were three times the risk to be depressive when the adolescents had a depressed parent. The ADODESP (adolescence depression with depressed parents) study wanted to calculate the prevalence of depression in adolescents, who were offsprings of depressed parents. This article wanted to define intensity of adolescence depression at the start of the ADODESP study with ADRS and CDI.

Method : There was a prospective, interventional, including several centers study, around Brest during 6 months, which firstly included depressed parents by general practitioners or residents. Then, their offsprings. Depression and its severity were evaluated by ADRS and CDI. A descriptive analysis of results was made.

Results : 22 adolescents were included. 2/3 were female adolescents and 1/3 were male adolescents. The mean age and SD of patients in this study were 13 +/- 0,8 with a median value of 14 and the top quartile was 12 and the third quartile was 15. 41% of adolescents with a depressed parent were depressed with ADRS > or = 4. 67% of depressed adolescents were female.

Conclusion : This study showed 41% of adolescents with a depressed parent would be depressed. Female adolescents would be two more time than male adolescents. Those results were not significant because there were not enough participating adolescents in the study.

Table des matières

I. Introduction.....13
II. Matériels et méthodes.....14
1) L'étude ADODESP.....14
2) Population.....14
3) Lieu et date de l'étude.....15
4) Inclusion.....15
5) Données étudiées.....16
a) Les questionnaires ADRS et CDI.....17
i. L'échelle ADRS.....17
ii. L'échelle CDI.....17
b) Le critère de jugement.....18
6) Analyses statistiques.....18
III. Résultats.....18
1) Sélection de la population donnée.....18
2) Les données recueillies.....18
a) Caractéristiques de la population.....18
b) Les critères de jugement.....19
IV. Discussion.....23
1) Les caractéristiques de l'échantillon.....24
2) Les critères de jugement principal et secondaire.....24
3) Les limites de l'étude.....25
4) Les apports de l'étude.....25
V. Conclusion.....26

Bibliographie.....27

Annexe.....29

Serment d'Hippocrate.....33

Imprimé intitulé « Autorisé d'imprimer ».....34

Liste des figures

Figure 1. Schéma décrivant le processus d'inclusion des parents et des adolescents dans l'étude ADODESP

Figure 2. Effectifs en fonction de l'intensité de la dépression

Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques de la population recrutée

Tableau 2 : Effectifs et pourcentages selon les scores ADRS

Tableau 3 : Effectifs du genre en fonction du score ADRS

Tableau 4 : Effectifs de l'âge selon le score ADRS

Tableau 5 : Effectifs et pourcentages en fonction des items du score ADRS

Tableau 6 : Effectifs et pourcentages en fonction des scores CDI

Tableau 7 : Effectifs et pourcentages du genre en fonction de l'intensité de la dépression

Tableau 8 : Effectifs et pourcentages de l'âge en fonction de l'intensité de la dépression

Tableau 9 : Prévalence des symptômes de la dépression décrits dans l'échelle CDI

I. Introduction

En 2017, 9.8 % des français âgés de 18 à 75 ans avaient présenté un épisode dépressif caractérisé dans l'année. 11,7 % de ces patients avaient l'âge d'être parents d'adolescents. [1]

Des études ont montré que la dépression parentale était un facteur de risque reconnu de la dépression chez l'adolescent : les enfants de parents dépressifs avaient trois fois plus de risques de développer des troubles anxieux, un épisode dépressif ou des troubles addictifs que les enfants de parents non dépressifs. La tranche d'âge pour laquelle il y avait le plus de risques de manifester ces troubles s'étendait de 15 à 20 ans, soit majoritairement à l'adolescence. [2]

L'étude Chee et al avait montré que 9.6 % des adolescents français avaient présenté des symptômes compatibles avec un épisode dépressif majeur dans l'année, et que les facteurs de risques de présenter un épisode dépressif étaient au nombre de trois : avoir un âge égal ou supérieur à 16 ans, être du sexe féminin et habiter avec sa mère seule ou sa mère et son partenaire, n'étant pas le père de l'adolescent. [3]

L'adjectif déprimé ou dépressif utilisé ici, faisait référence à l'épisode dépressif caractérisé, comme défini par le DSM 5 [4]. Il s'agissait d'une apparition depuis au moins 15 jours, entraînant une souffrance, de 5 des 9 symptômes suivants : une humeur dépressive, une anhédonie, des troubles de l'appétit, des troubles du sommeil, une agitation ou un ralentissement psychomoteur, une asthénie, un sentiment d'inutilité ou de culpabilité intense, une difficulté à se concentrer ou indécision, une symptomatologie suicidaire. Chez l'adolescent, l'irritabilité était plus présente que la tristesse, en particulier chez les adolescentes [5][6].

Un des objectifs de l'étude ADODESP (dépression de l'adolescent associée à la dépression parentale), dont cette thèse était issue, était justement de mesurer la prévalence de la dépression dans cette population spécifique d'adolescents ayant des parents dépressifs. L'objectif principal de l'étude était de comparer le bénéfice entre un dépistage et la prise en charge de la dépression chez ces adolescents en coordination avec la Maison des Adolescents avec le dépistage et la prise en charge en médecine générale seule. L'étude ADODESP pourrait donc montrer un bénéfice dans la prise en charge précoce et efficace des adolescents à risque de dépression que sont les adolescents ayant des parents déprimés.

Le but de cette thèse était de définir l'intensité de la dépression des adolescents à l'inclusion de l'étude ADODESP à l'aide des échelles Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) et Children's Depression Inventory (CDI).

II. Matériels et méthodes

1) L'étude ADODESP

L'étude ADODESP était une étude prospective interventionnelle multicentrique portant sur la dépression de l'adolescent associée à la dépression parentale. L'objectif principal de l'étude consistait à comparer le bénéfice entre un dépistage et la prise en charge de la dépression de l'adolescent, en partant de parents souffrant de dépression et suivis en médecine générale, coordonnée entre soins primaires et maison des adolescents (groupe 1) avec la prise en charge d'un dépistage et la prise en charge en médecine générale (groupe 2). Les objectifs secondaires étaient la mesure de la prévalence de la dépression chez les adolescents ayant des parents dépressifs et la recherche de facteurs protecteurs ou de risque (groupe 1 et 2). Le critère d'évaluation principal de l'étude rassemblait les taux de dépistage aboutis, l'évolution de l'intensité de la dépression de l'adolescent et de sa qualité de vie entre le groupe 1 et le groupe 2 sur un an. L'étude avait une durée d'inclusion de deux ans du 29 mars 2019 au 29 mars 2021. Elle était localisée à Brest.

- Les parents inclus dans les deux groupes étaient dépressifs et suivis par un médecin généraliste. La dépression était confirmée par un score à l'échelle de diagnostic HSCL-25 (Hopkins Symptoms Check List) supérieur ou égal à 1,75 (Annexe 1).

- Les adolescents de l'étude étaient les enfants des parents inclus. Leur âge était compris entre 11 et 18 ans. Ils répondaient à l'échelle ADRS (Adolescent Depression Rating Scale). Si le score était inférieur à 4, l'adolescent était déclaré comme n'étant pas à risque d'être dépressif et l'étude s'arrêtait à la visite d'inclusion. Si le score était supérieur ou égal à 4, l'adolescent était déclaré à risque d'être dépressif et complétait d'autres questionnaires à l'inclusion, à 6 mois et à 1 an : le CDI (Children's Depression Inventory), pour l'intensité de la dépression et le PEDSQL 4.0 (Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0 Generic Core Scales), pour la qualité de vie.
    - Pour le groupe 1, l'adolescent était adressé à la Maison des Adolescents s'il était déclaré à risque d'être dépressif.
    - Pour le groupe 2 : L'adolescent était suivi par le médecin généraliste, qui l'avait inclus.

Il a été rapporté que 30 % des adolescents de parents déprimés présentaient également un épisode dépressif [7]. Il avait été calculé par les statisticiens qu'il fallait inclure 668 parents pour avoir 100 adolescents dépressifs.

2) Population

Les patients de cette étude étaient issus de l'étude ADODESP sur une période de 6 mois. La population de cette étude se composait d'adolescents âgés de 11 à 18 ans, ayant un de leurs parents déprimé.

Les critères d'inclusion de l'étude étaient :

- Adolescents de 11 à 18 ans
- Un des parents de l'adolescent souffrant de dépression, confirmé par l'échelle HSCL-25 (résultat supérieur ou égal à 1.75/4) et suivi par un des médecins généralistes, qui participaient à l'étude ADODESP
- Consentement de l'adolescent à participer à l'étude
- Consentement des parents de l'adolescent

Les critères d'exclusion étaient :

- L'âge de l'enfant : inférieur à 11 ans et supérieur à 18 ans
- Le non-consentement de l'adolescent
- Parent de l'adolescent mineur ou inapte à donner son consentement, ou sous tutelle ou curatelle
- Mère enceinte ou allaitante
- Le non-consentement des parents

3) Lieu et date de l'étude

Le recrutement devait se dérouler en soin primaire chez des médecins généralistes de Brest et de ses environs : il fallait compter en pratique une demi-heure de trajet jusqu'à Brest pour que les adolescents puissent aller à la Maison des Adolescents. Les médecins généralistes étaient choisis à l'aide du Réseau d'Investigation Clinique en Prévention des Risques pour la Population Générale des médecins généralistes du Finistère et de la liste des Maîtres de Stage des Universités, par connaissance des médecins recruteurs. La participation à l'étude était proposée à la patientèle de ces

médecins consultant lors de la période de l'étude. Les inclusions étaient réalisées du 28 mars 2019 au 28 septembre 2019.

4) Inclusion

Les médecins généralistes proposaient l'étude ADODESP aux patients dépressifs, parents d'adolescent et leur transmettaient une notice expliquant cette étude, une échelle HSCL-25, un questionnaire socio-démographique et un formulaire de consentement. Si la dépression était confirmée par l'échelle HSCL-25, le médecin généraliste voyait dans un second temps l'adolescent, recueillait son consentement après lui avoir expliqué l'étude, l'incluait dans l'étude et lui faisait passer l'échelle ADRS. Si le score était égal ou supérieur à 4, le médecin lui faisait passer l'échelle CDI.

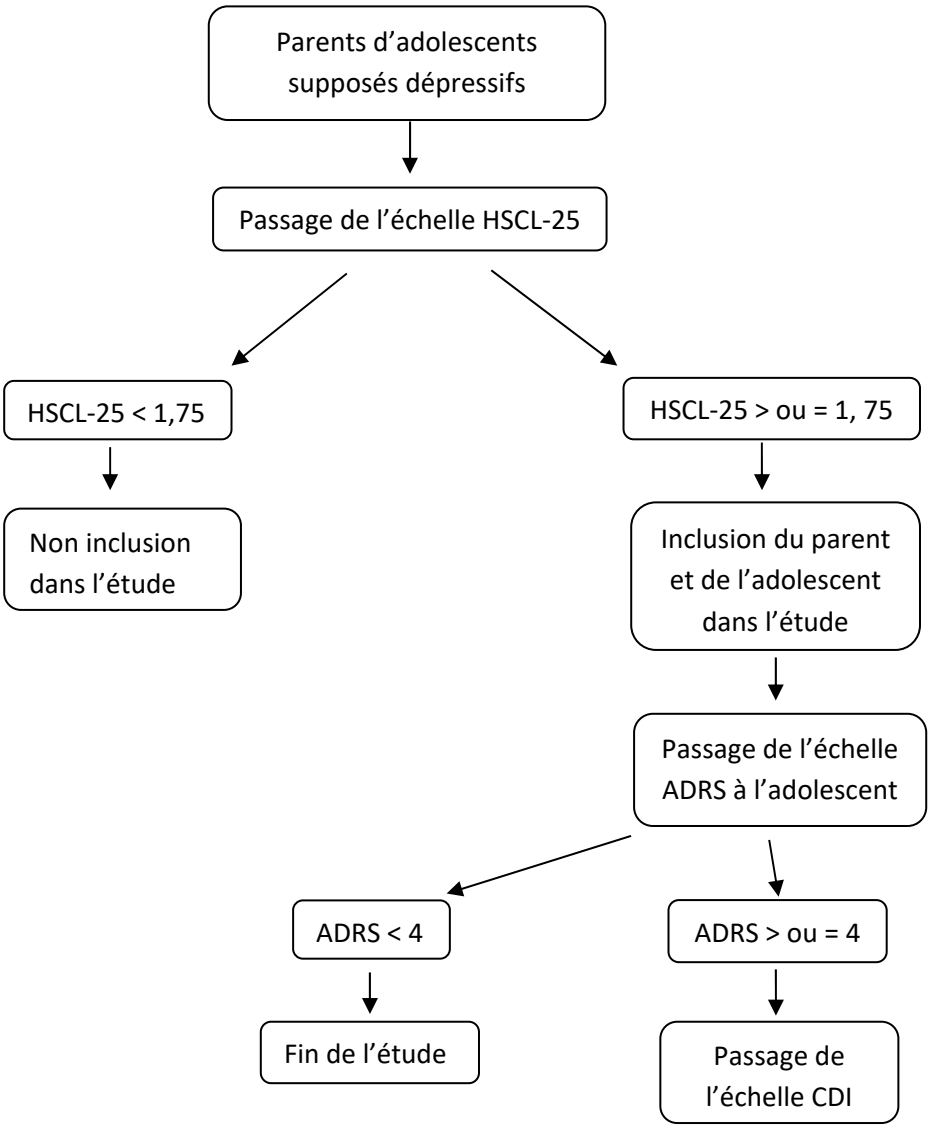

Figure 1. Schéma décrivant le processus d'inclusion des parents et des adolescents dans l'étude ADODESP

5) Données étudiées

Les données de l'étude ADODESP étaient recueillies par des questionnaires complétés par les médecins généralistes ou les chercheurs (internes en médecine générale réalisant leur thèse) : l'échelle HSCL-25 et les questionnaires sociodémographiques pour les parents, les échelles ADRS et CDI pour les adolescents. Elles étaient centralisées sous la forme d'un e-CRF (electronic Case-Report Form), développé par Ennov. Chaque investigateur et personne impliqués dans la recherche recevaient des codes d'accès personnels.

a) Les questionnaires ADRS et CDI

i. L'échelle ADRS

L'Adolescent Depression Rating Scale (Annexe 2) était une échelle d'évaluation de la dépression des adolescents, âgés de 13 à 20 ans.

Elle se composait de 10 items pour lesquels l'adolescent devait répondre par vrai ou faux. La réponse « vraie » rapportait 1 point et la réponse « faux » rapportait 0 point. Le résultat était l'addition de ces points sur 10 : à partir de 4/10, il existait un risque de dépression. Entre 4 et 8, le risque de dépression était modéré. Si le score était supérieur ou égal à 8, le risque de dépression était important. Cette échelle explorait deux facteurs de la dépression :

+ « manifestations internes », à composante émotionnelle, qui décrivait l'irritabilité, le débordement par le vécu dépressif, la perception négative de soi, les idées de mort, les troubles du sommeil. Elles étaient explorées par les items 3, 5, 6, 7, 8 et 9.

+ « manifestations externes », qui décrivait le ralentissement psychique, notamment les troubles de la concentration, l'investissement scolaire, les loisirs et les relations aux autres. Elles étaient explorées par les items 1, 2, 4 et 10.[8]

ii. L'échelle CDI

La Children's Depression Inventory (Annexe 3) a été créée en 1977, par Beck et Kovacs, à partir de l'échelle de dépression adulte : la « Beck Depression Inventory ».

Il s'agissait d'un auto-questionnaire composé de 27 items pour mesurer l'intensité de la dépression [9] chez les enfants de 7 à 20 ans. Chacun de ces items comportait 3 propositions, décrivant trois degrés différents d'un symptôme donné de la dépression, et notés de 0 à 2 (0 étant la proposition avec le ressenti le plus faible du symptôme et 2 le ressenti le plus fort). Le score était compris entre 0 et 54. L'adolescent devait choisir entre les 3 propositions celle qui correspondait le mieux à son

ressenti lors des 2 dernières semaines. Le temps de passation du questionnaire était de 15 minutes. Un haut score au CDI correspondait à une sévérité plus grande des symptômes de la dépression.

Le score explorait cinq symptômes de la dépression : l'humeur négative, les problèmes interpersonnels, l'inefficacité, l'anhédonie et l'estime de soi négative [10] : l'humeur négative était explorée par les items 1-6-8-10-11-13, les problèmes interpersonnels par les items 5-12-26-27, l'inefficacité par les items 3-15-23-24, l'anhédonie par les items 4-16-17-18-19-20-21-22 et l'estime de soi négative par les items 2-7-9-14-25. [11]

Dans l'étude, un score de 0 à 9 décrivait une dépression mineure, de 10 à 18 une dépression légère, de 19 à 29, une dépression modérée et de 30 à 54 une dépression sévère.

b) Le critère de jugement

Le critère de jugement principal était le score de dépression de l'adolescent, défini par l'échelle ADRS.

Le critère de jugement secondaire était le score d'intensité de la dépression, défini par l'échelle CDI.

6) Analyses statistiques

Il s'agissait d'une étude descriptive. Les données étaient enregistrées dans un tableur Excel. Les calculs des moyennes, des médianes et de l'écart type étaient faits grâce au logiciel Excel. Les pourcentages ont été calculés à la main.

III. Résultats

1) Sélection de la population étudiée

L'étude comptait 28 patients éligibles, âgés de 11 à 18 ans, inclus en six mois. Six patients avaient été inclus à tort dans l'analyse : la dépression du parent n'avait pas été confirmée par l'échelle HSCL-25.
La population analysée était de 22 patients.

2) Les données recueillies

a) Caractéristiques de la population

Genre	**Effectifs (pourcentage effectifs)**
Masculin Féminin	7 (32%) 15 (68%)
Age N effectifs Moyenne +/- SD Médiane (q1 ; q3) Min ; Max	22 13+/- 0,7 14 (12 ; 15) 11 ; 17

Tableau 1 : Caractéristiques de la population recrutée

b) Les critères de jugement

- Critère principal : score à l'échelle ADRS.

Le tableau 2 décrivait les effectifs selon les scores à l'échelle ADRS.

Variable	**Paramètre des variables**	**Effectif et pourcentage**
Score ADRS	Inférieur à 4 Supérieur ou égal à 4 - 4<ou=ADRS< 8 - ADRS > 8	13 (59%) 9 (41%) 7 (32%) 2 (9%)

Tableau 2 : Effectifs et pourcentages selon les scores ADRS

La moyenne des scores de l'échelle ADRS était de 3 avec un écart type de 3.

La médiane des scores était de 2. Les extrêmes étaient 0 et 8. L'étendue était de 8.

Les tableaux 3 et 4 décrivaient les caractéristiques des populations adolescentes dépressives et non dépressives.

Genre\score ADRS	Effectifs avec ADRS < 4 (pourcentage de l'effectif)	Effectifs avec ADRS > ou = 4 (pourcentage de l'effectif)	Effectifs avec ADRS > ou = 8 (pourcentage de l'effectif)
Féminin Masculin Total effectif	9 (69%) 4 (31%) 13 (100%)	6 (67%) 3 (33%) 9 (100%)	1 (50%) 1 (50%) 2 (100%)

Tableau 3 : Effectifs du genre en fonction du score ADRS

Âge\score ADRS	Effectifs ayant un score<4 n (%)	Effectifs ayant un score>ou= 4 n (%)	Effectifs ayant un score > ou = 8 n (%)
11 ans 12 ans 13 ans 14ans 15 ans 16 ans	3 (24%) 2 (15%) 2 (15%) 1 (8%) 2 (15%) 2 (15%)	2 (22%) 0 (0 %) 1 (11%) 0 (0 %) 3 (34%) 2 (22%)	0 (0 %) 0 (0 %) 0 (0 %) 0 (0 %) 2 (100%) 0 (0 %)

17 ans	1 (8%)	1 (11%)	0 (0 %)
TOTAL	13 (100%)	9 (100%)	2 (100%)

Tableau 4 : Effectifs de l'âge selon le score ADRS

La moyenne d'âge des adolescents présentant un score ADRS supérieur ou égal 4 était de 14 +/- 2 ans.

Le tableau 5 décrivait les effectifs en fonction des items du score ADRS :

Manifestation internes :	**Effectifs (pourcentage effectif)**
- Tristesse	8 (36%)
- Inutilité	6 (27%)
- Intentionnalité suicidaire	2 (9%)
- Irritabilité	10 (45%)
- Découragement	8 (36 %)
- Troubles du sommeil	11 (50%)
Manifestations externes	
- Désintérêt professionnel	7 (32%)
- Ralentissement psychique	6 (27%)
- Anhédonie	5 (23%)
- Difficultés scolaires et/ou professionnelles	7 (32%)

Tableau 5 : Effectifs et pourcentages en fonction des items du score ADRS

- Critère de jugement secondaire : score à l'échelle CDI.

Les tableaux 6, 7 et 8 décrivaient les effectifs et leurs caractéristiques selon les scores à l'échelle CDI.

Variables	Paramètres des variables	Effectif et pourcentage
Score CDI	Pas de réponse	2 (23%)
	Score de dépression légère	3 (33%)
	Score de dépression modérée	3 (33%)
	Score de dépression sévère	1 (11%)
Total		9 (100%)

Tableau 6 : Effectifs et pourcentages en fonction des scores CDI

La moyenne au score de l'échelle CDI était de 21 avec un écart type de 7.

La médiane était de 23. Les extrêmes étaient 12 et 30. L'étendue était de 18.

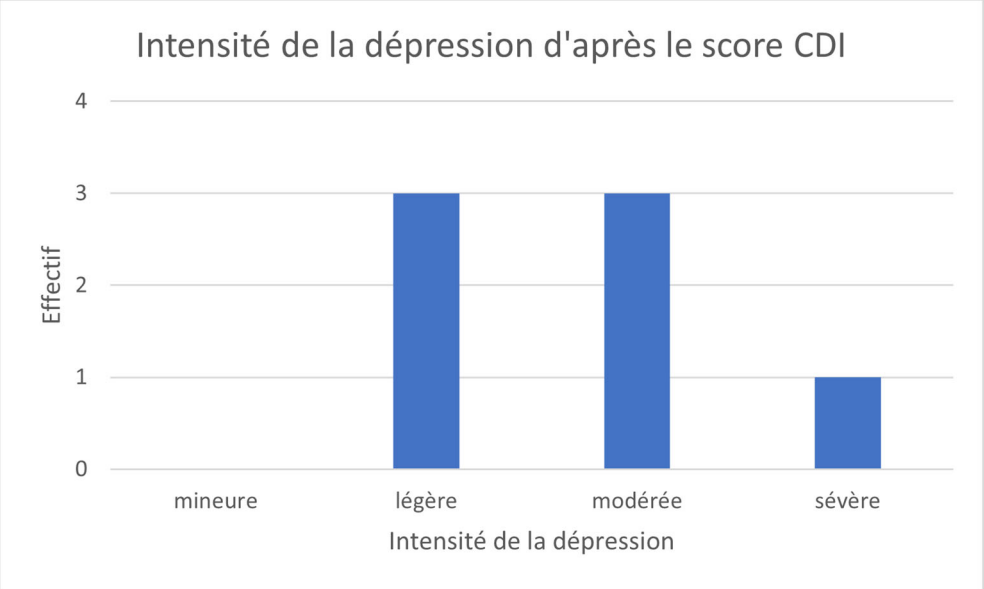

Figure 2 : Effectifs en fonction de l'intensité de la dépression

Genre\intensité dépression	Légère	Moyenne	Sévère
Féminin	2 (67%)	1 (33%)	1 (100%)
Masculin	1 (33%)	2 (67%)	0 (0%)
Total	3 (100%)	3 (100%)	1 (100%)

Tableau 7 : Effectifs et pourcentages du genre en fonction de l'intensité de la dépression

Age\intensité de la dépression	Légère	Modérée	Sévère
11 ans	1 (33%)	1 (33%)	0 (0%)
13 ans	0 (0%)	1 (33%)	0 (0%)
15 ans	1 (33%)	1 (33%)	1 (100%)
16 ans	1 (33%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	3 (100%)	3 (100%)	1 (100%)

Tableau 8 : Effectifs et pourcentages de l'âge en fonction de l'intensité de la dépression

Le tableau 9 rapportait l'effectif ressentant les symptômes, ainsi que le pourcentage.

Symptômes de dépression	Intensité du symptôme	Effectif (pourcentage)
Humeur négative :		
Tristesse	• Absente • Modérée • Intense	• 2 (29%) • 5 (71%) • 0 (0%)
Sentiment de persécution	• Absente • Modérée • Intense	• 1 (14%) • 5 (71%) • 1 (14%)

Culpabilité	• Absente • Modérée • Intense	• 2 (29%) • 3 (43%) • 2 (29%)
Crise de pleurs	• Absente • Modérée • Intense	• 3 (43%) • 3 (43%) • 1 (14%)
Irritabilité	• Absente • Modérée • Intense	• 0 (0%) • 4 (57%) • 3 (43%)
Problèmes interpersonnels		
Mauvaise conduite	• Absent • Modéré • Intense	• 4 (57%) • 1 (14%) • 2 (29%)
Repli sur soi	• Absent • Modéré • Intense	• 5 (71%) • 2 (29%) • 0 (0%)
Désobéissance	• Absente • Modérée • Intense	• 6 (86%) • 1 (14%) • 0 (0%)
Agressivité	• Absente • Modérée • Intense	• 6 (86%) • 1 (14%) • 0 (0%)
Inefficacité		
Dépréciation de soi-même	• Absente • Modérée • Intense	• 2 (29%) • 5 (71%) • 0 (0%)
Difficultés scolaires	• Absentes • Modérées • Intenses	• 3 (43%) • 2 (29%) • 2 (29%)
Déclin des notes	• Absent • Modéré • Intense	• 4 (57%) • 3 (43%) • 0 (0%)
Sentiment d'infériorité	• Absent • Modéré • Intense	• 1 (14%) • 1 (14%) • 5 (71%)
Anhédonie		
Troubles du sommeil	• Absents • Modérés • Intense	• 2 (29%) • 3 (43%) • 2 (29%)

Fatigue	• Absente • Modérée • Intense	• 2 (29%) • 4 (57%) • 1 (14%)
Diminution de l'appétit	• Absente • Modérée • Intense	• 4 (57%) • 0 (0%) • 3 (43%)
Inquiétude quant à l'état de santé	• Absente • Modérée • Intense	• 5 (71%) • 1 (14%) • 1 (14%)
Sentiment de solitude	• Absent • Modéré • Intense	• 3 (43%) • 2 (29%) • 2 (29%)
Désintérêt pour l'école	• Absent • Modéré • Intense	• 2 (29%) • 4 (57%) • 1 (19%)
Pauvreté des liens amicaux	• Absente • Modérée • Importante	• 3 (43%) • 4 (57%) • 0 (0%)
Estime de soi négative :		
Pessimisme	• Absent • Modéré • Intense	• 0 (0%) • 5 (71%) • 2 (29%)
Haine de soi	• Absente • Modérée • Intense	• 0 (0%) • 7 (100%) • 0 (0%)
Idéation suicidaire	• Absente • Modérée • Intense	• 5 (71%) • 2 (29%) • 0 (0%)
Image de soi négative	• Absente • Modérée • Intense	• 1 (14%) • 4 (57%) • 2 (29%)
Sentiment d'être mal aimé	• Absent • Modéré • Intense	• 4 (57%) • 2 (29%) • 1 14%)

Tableau 9 : Prévalence des symptômes de la dépression décrits dans l'échelle CDI

IV. Discussion

1) Les caractéristiques de l'échantillon

L'échantillon de l'étude était différent de la population générale au niveau du genre : 2/3 d'adolescentes et 1/3 d'adolescents participaient à cette étude, alors que dans la population française en janvier 2020, les adolescentes représentaient 49% de la population adolescente et les adolescents 51%.

Pour les caractéristiques de l'âge, la population de l'échantillon et la population générale étaient similaires. Pour la population de l'échantillon, la moyenne d'âge et l'écart type des participants à l'étude ADODESP étaient de 13 +/-0,8 ans avec une médiane à 14 ans et le premier et troisième quartile à 12 et 15 ans. Pour la population générale, la moyenne d'âge et l'écart type étaient de 14,0 +/- 2,0 ans avec une médiane à 14 ans et le premier et troisième quartile à 12 et 16 ans. [12]

2) Les critères de jugement principal et secondaire

Cette étude montrait que 41% des adolescents ayant un parent dépressif étaient également dépressifs avec un score ADRS supérieur ou égal à 4. Les résultats étaient similaires à celui de l'étude de Hammen et al [13], qui montrait que 45% des adolescents ayant une mère dépressive présentaient un épisode majeur de dépression. Cependant, les résultats étaient plus importants que celui de l'étude de 2004 de Bernard-Bonnin et al, qui montrait que 30% des adolescents ayant des parents avec troubles affectifs présentait un trouble affectif [7].

9% des adolescents avaient un risque important d'être dépressifs. La moyenne d'âge des adolescents dépressifs de cette étude était inférieure à celle des adolescents dépressifs participant à l'étude de Weissman et al, qui est de 16 ans. 67% des adolescents déprimés dans l'étude ADODESP étaient âgés de 15 ans et plus, ce qui était confirmé par l'étude Weissman et al [2], qui décrivait que le pic de dépression chez les adolescents ayant des parents dépressifs se trouvait entre 15 et 20 ans. Les adolescents dépressifs étaient plus souvent des adolescentes, ce qui était retrouvé dans la littérature [3] [14] [15]. Cependant, l'échantillon de cette étude ayant plus de filles que dans la population générale, le résultat n'était pas concluant.

Pour l'intensité de la dépression, l'étude montrerait une tendance féminine à faire une dépression légère, alors que pour une dépression modérée, la tendance serait inversée. Aucune précédente étude ne montrait l'influence du genre en fonction des degrés de sévérité de la dépression [15]. La seule dépression sévère était diagnostiquée chez une adolescente, à l'âge de 15 ans, mais devant le faible effectif, le résultat n'était pas significatif.

Pour les symptômes de la dépression explorés par le CDI, une tristesse serait présente pour 71% des adolescents déprimés, alors que l'irritabilité serait toujours présente, ce qui pourrait confirmer les résultats de l'étude de Syed Sheriff et al [6]. 71% des adolescents se

déprécieraient, une tendance qui confirmerait l'étude de 1997 de Weissman et al [16]. Quant à l'agressivité envers autrui, la majorité des adolescents dépressifs de l'étude ADODESP en seraient dépourvus, ce qui confirmerait les résultats de l'étude de Benarous et al [17]. 29% des adolescents dépressifs de l'étude ADODESP présenteraient des idées suicidaires, ce qui serait presque similaire aux résultats de l'étude de Chabrol et al, qui retenait que 34% des adolescents déprimés avaient des idées suicidaires [18]

3) Les limites de l'étude

Dans l'étude de cette thèse, 22 adolescents avaient été recrutés, alors qu'il avait été calculé qu'il fallait 100 adolescents recrutés. L'étude était donc de faible puissance statistique.

L'étude présentait des biais de sélection : au niveau du recrutement, seuls les patients suivis par des médecins généralistes et à une demi-heure de Brest étaient recrutés, donc n'étaient pas représentatifs de la population générale. Un biais de sélection via le volontariat pouvait également être présent dans l'étude : les parents et les adolescents volontaires n'avaient peut-être pas les mêmes caractéristiques que ceux qui refusaient l'étude : pour pallier ce biais, une collecte d'informations des parents, qui avaient refusé de présenter leur enfant ou dont les enfants avaient refusé l'étude, était en cours. De plus, certains médecins généralistes n'avaient pas recruté d'adolescent, alors que certains médecins généralistes incluaient beaucoup, ce qui diminuait encore la représentativité de l'échantillon.

L'étude présentait également des biais d'information : plusieurs investigateurs participaient pour recueillir les informations. Une formation sur la dépression des adolescents était offerte par des pédopsychiatres avant la participation des investigateurs à l'étude, mais certains n'avaient pas pu y être présents : l'information pouvait ne pas être recueillie aussi efficacement en fonction de l'investigateur et de la présence à la formation.

L'étude présentait un biais de confusion, les adolescents pouvaient être plus déprimés que la population générale pour une autre raison qu'avoir un parent dépressif : des auto-questionnaires standardisés avaient été donnés aux patients recrutés, pour trouver un autre facteur augmentant la prévalence de la dépression chez l'adolescent.

4) Les apports de l'étude

Malgré l'effectif réduit de l'étude, les résultats montraient une augmentation du risque de dépression chez l'adolescent qui avait un parent dépressif : une attention particulière pourrait être portée par les médecins généralistes devant une dépression d'un parent d'adolescent et pourrait amener à un entretien systématique avec l'adolescent avec un score de l'ADRS. L'étude de Flament et al montrait que les deux-tiers des adolescents dépressifs n'avaient pas accès aux soins. [19]. Dans le cadre de leur exercice, les médecins

généralistes pourraient suivre des formations sur la dépression chez l'adolescent, ainsi que sur les différentes structures pouvant accueillir les adolescents déprimés.

Les résultats n'étaient pas significatifs, du fait du nombre insuffisant d'adolescents recrutés. Le peu de patients recrutés posait question, une étude pourrait être faite pour déterminer les freins chez les médecins généralistes pour présenter l'étude aux patients dépressifs, ainsi que les freins chez les parents.

Une prochaine étude pourrait décrire la prévalence des autres troubles psychiatriques ainsi que leur prise en charge à la Maison de l'Adolescence chez les adolescents ayant au moins un parent dépressif, car selon l'étude de Weissman et al [2], les troubles anxieux, d'opposition, les abus de substances licites ou illicites étaient plus présents chez ces adolescents que chez les adolescents ayant des parents normothymiques.

V. Conclusion

L'étude montrait que 41 % des adolescents ayant au moins un parent dépressif étaient dépressifs. Les adolescentes étaient deux fois plus dépressives que les adolescents et la majorité des adolescents dépressifs avait une dépression légère à modérée. L'irritabilité était plus présente que la tristesse chez les adolescents dépressifs.

Un dépistage des adolescents ayant au moins un parent dépressif par entretien avec un score ADRS pourrait être utile, compte tenu des résultats et des données de la littérature. Des thérapies préventives chez ces adolescents à haut risque de dépression pourraient être proposées comme dans l'étude de Mesquida et al [20], qui proposaient un programme cognitivo-comportemental de prévention de la dépression chez les adolescents présentant un haut niveau de symptômes dépressifs et scolarisés. De plus, des interventions de professionnels de la santé mentale en milieu scolaire pourraient permettre de dédramatiser la dépression et les autres maladies psychiatriques auprès des adolescents et de présenter les structures pouvant accueillir les jeunes à risque de dépression telles que la Maison Des Adolescents, les centre médicaux psycho-pédagogiques, les psychologues libéraux… Des dépistages de la dépression chez les parents pourraient aussi être proposés de façon régulière pour avoir un traitement le plus précoce et le plus efficace possible, des études ayant montré que le traitement de la dépression chez le parent améliorait la dépression chez l'enfant. [21][22]

Bibliographie

1. Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E, Andler R, Cogordan C, Guignard R, et al. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre santé 2017. Bulletin Epidémiologique hebdomadaire. 2018;(32-33):637-44.

2. Weissman M, Wickramaratne P, Nomura Y, Warner V, Pilowski D, Verdeli H. Offspring of depressed parents : 20 years later. AM J Psychiatry. 2006;163(6):1001-8.

3. Chee CC, Guignon N, Delmas MC, Herbet JB, Gonzales L. Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France. Revue d'épidémiologie et de santé publique. 2012;60(1):31-9.

4. Collège National des Universitaires de Psychiatrie, Collège National Universitaire des Enseignants d'Addictologie, Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique. 4. Le trouble dépressif. In: Référentiel de Psychiatrie et Addictologie Psychiatrie de l'adulte Psychiatre de l'enfant et de l'adolescent Addictologie [Internet]. 2e édition révisée. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. p. 190.

5. Brunelle J. Dépression et troubles bipolaires à l'adolescence. In: Médecine et Santé de l'Adolescent: Pour une approche globale et interdisciplinaire [Internet]. Elsevier Health Sciences; 2019. p. 368-9.

6. Syed Sheriff RJ, McGorry PD, Cotton S, Yung AR. A qualitative study of the prodrome to first-episode major depressive disorder in adolescents. Psychopathology. 2015;48(3):153-61.

7. Bernard-Bonnin A.-C. Maternal depression and child development. Paediatr Child Health. 2004;9(8):575-83.

8. Revah-Levy A, Birmaher B, Gasquet I, Falissard B. The adolescent depression rating scale (ADRS): a validation study. BMC Psychiatry. 2007;7(1):2.

9. Saint-Laurent L. Étude psychométrique de l'Inventaire de dépression pour enfants de Kovacs auprès d'un échantillon francophone. [Psychometric study of Kovacs's Children's Depression Inventory with a French-speaking sample.]. Canadian Journal of Behavioural Science / Revue canadienne des sciences du comportement. 1990;22(4):377-84.

10. Kovacs M, Preiss M. CDI. Children's Depression Inventory New York: Multi-Health Systems. 1992;

11. Logan DE, Claar RL, Guite JW, Kashikar-Zuck S, Lynch-Jordan A, Palermo TM, et al. Factor structure of the Children's Depression Inventory in a multisite sample of children and adolescents with chronic pain. J Pain. 2013;14(7):689-98.

12. Population totale par sexe et âge au 1er janvier 2020, France − Bilan démographique 2019 | Insee [Internet]. [Cité 24 janv 2021]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892086?sommaire=1912926

13. Hammen C, Burge D, Burney E, Adrian C. Longitudinal study of diagnoses in children of women with unipolar and bipolar affective disorder. Arch Gen Psychiatry. 1990;47(12):1112-7.

14. Lewinsohn PM, Roberts RE, Seeley JR, Rohde P, Gotlib IH, Hops H. Adolescent psychopathology: II. Psychosocial risk factors for depression. J Abnorm Psychol. 1994;103(2):302-15.

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):578-88.

16. Weissman M, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Olfson M. Offspring of depressed parents : 10 years later. Archives of general psychiatry. 1997;54(10):932-40.

17. Benarous X, Guedj MJ, Braitman A, Gallois E, Lana P. Lien entre comportements agressifs et vécu dépressif chez l'adolescent. Une étude transversale menée au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil de l'hôpital de Sainte-Anne. L'Encéphale. 2014;40(6):439-46.

18. Chabrol H, Choquet M. Relations entre symptomatologie dépressive, désespoir et idées de suicide chez 1547 lycéens. L'Encéphale. 2009;35(5):443-7.

19. Flament MF, Cohen D, Choquet M, Jeammet P, Ledoux S. Phenomenology, psychosocial correlates, and treatment seeking in major depression and dysthymia of adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001;40(9):1070-8.

20. Mequida L, Guégan M, Marcotte D, Raynaud J-P, Revet A. Dépression à l'adolescence : mise en place et évaluation d'un programme de prévention en milieu scolaire. L'information psychiatrique. 2020;96(10):725-32.

21. Swartz HA, Frank E, Zuckoff A, Cyranowski JM, Houck PR, Cheng Y, et al. Brief interpersonal psychotherapy for depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment. The American Journal of Psychiatry. 2008;165(9):1155-62.

22. Weissman M, Wickramaratne P, Pilowski DJ, Poh E, Batten LA, Hernandez M, et al. Treatment of maternal depression in a medication clinical trial and its effect on children. The American Journal of Psychiatry. 2015;172(5):450-9.

Annexes

Annexe 1

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, côtée de 1 à 4

Items	1 : Pas du tout d'accord	2 : Pas assez d'accord	3 : Plutôt d'accord	4 : Complètement d'accord
1. Vous aviez peur sans raison				
2. Vous vous êtes senti(e) effrayé(e)				
3. Vous avez eu des malaises sans perdre connaissance				
4. Vous vous êtes senti(e) nerveux(se)				
5. Vous avez eu l'impression que votre cœur battait vite				
6. Vous vous êtes senti(e) tremblant(e)				
7. Vous vous êtes senti(e) tendu(e)				
8. Vous avez eu des maux de tête				
9. Vous vous êtes senti(e) paniqué(e)				
10. Vous avez été agité(e)				
11. Vous avez manqué d'énergie				
12. Vous aviez tendance à vous culpabiliser				
13. Vous avez pleuré facilement				
14. Vous n'avez plus d'envie sexuelle				
15. Vous vous êtes senti(e) seul(e)				
16. Vous vous êtes senti(e) désespéré(e)				
17. Vous avez été triste sans raison				
18. Vous avez pensé à mettre fin à votre vie				
19. Vous vous êtes senti(e) pris(e) au piège				
20. Vous avez tendance à être trop inquiet (inquiète)				
21. Vous n'avez plus d'intérêt				
22. Tout a été un effort pour vous				
23. Vous vous êtes senti(e) sans valeur				
24. Vous avez perdu l'appétit				
25. Vous n'arrivez plus à dormir				

Annexe 2

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

		Vrai (=1)	Faux (=2)
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 ne 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.

Annexe 3

CDI :

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. Inscrit 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	☐ Je suis triste de temps en temps ☐ Je suis triste très souvent ☐ Je suis triste tout le temps
2	☐ Rien ne marchera jamais bien pour moi ☐ Je ne suis pas sûr que tout marchera bien pour moi ☐ Tout marchera bien pour moi
3	☐ Je réussis presque tout ce que je fais ☐ Je rate beaucoup de chose ☐ Je rate tout
4	☐ Des tas de choses m'amusent ☐ Peu de choses m'amusent ☐ Rien ne m'amuse
5	☐ Je suis désagréable tout le temps ☐ Je suis souvent désagréable ☐ Je suis désagréable de temps en temps
6	☐ De temps en temps, je pense que des choses désagréables vont m'arriver ☐ J'ai peur que des choses désagréables m'arrivent ☐ Je suis sûr que des choses horribles vont m'arriver
7	☐ Je me déteste ☐ Je ne m'aime pas ☐ Je m'aime bien
8	☐ Tout ce qui ne va pas est ma faute ☐ Bien souvent, ce qui ne va pas est ma faute ☐ Ce qui ne va pas, n'est généralement pas de ma faute
9	☐ Je ne pense pas à me tuer ☐ Je pense à me tuer, mais je ne le ferai pas ☐ Je veux me tuer
10	☐ J'ai envie de pleurer tous les jours ☐ J'ai souvent envie de pleurer ☐ J'ai envie de pleurer de temps en temps
11	☐ Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse/travaille ☐ Il y a souvent quelque chose qui me tracasse/travaille ☐ Il y a de temps en temps quelque chose qui me tracasse/travaille
12	☐ J'aime bien être avec les autres ☐ Souvent, je n'aime pas être avec les autres ☐ Je ne veux jamais être avec les autres
13	☐ Je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses ☐ J'ai du mal à me décider entre plusieurs choses ☐ Je me décide facilement entre plusieurs choses
14	☐ Je me trouve bien physiquement ☐ Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique ☐ Je me trouve laid(e)
15	☐ Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs ☐ Je dois me forcer souvent pour faire mes devoirs ☐ Ça ne me pose pas de problèmes de faire mes devoirs

16	☐ J’ai toujours du mal à dormir la nuit ☐ J’ai souvent du mal à dormir la nuit ☐ Je dors plutôt bien
17	☐ Je suis fatigué(e) de temps en temps ☐ Je suis souvent fatigué(e) ☐ Je suis tout le temps fatigué(e)
18	☐ La plupart du temps je n’ai pas envie de manger ☐ Souvent, je n’ai pas envie de manger ☐ J’ai plutôt bon appétit
19	☐ Je ne m’inquiète pas quand j’ai mal quelque part ☐ Je m’inquiète souvent quand j’ai mal quelque part ☐ Je m’inquiète toujours quand j’ai mal quelque part
20	☐ Je ne me sens pas seul(e) ☐ Je me sens souvent seul(e) ☐ Je me sens toujours seul(e)
21	☐ Je ne m’amuse jamais à l’école ☐ Je m’amuse rarement à l’école ☐ Je m’amuse souvent à l’école
22	☐ J’ai beaucoup d’amis ☐ J’ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus ☐ Je n’ai aucun ami
23	☐ Mes résultats scolaires sont bons ☐ Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu’avant ☐ J’ai de mauvais résultats dans des matières où j’avais l’habitude de bien réussir
24	☐ Je ne fais jamais aussi bien que les autres ☐ Je peux faire aussi bien que les autres si je le veux ☐ Je ne fais ni mieux, ni plus mal que les autres
25	☐ Personne ne m’aime vraiment ☐ Je me demande si quelqu’un m’aime ☐ Je suis sûr que quelqu’un m’aime
26	☐ Je fais généralement ce qu’on me dit ☐ La plupart du temps, je ne fais pas ce qu’on me dit ☐ Je ne fais jamais ce qu’on me dit
27	☐ Je m’entends bien avec les autres ☐ Je me bagarre souvent ☐ Je me bagarre tout le temps

Score : _ _

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 et méprisée si j'y manque. »

CHIQUE (Julie) – L'intensité de la dépression des adolescents à l'inclusion de l'étude ADODESP à l'aide des échelles Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) et Children's Depression Inventory (CDI).
Th. : Méd. : Brest 2021

RESUME :

Introduction : Des études ont montré que la dépression parentale était un facteur de risque reconnu de la dépression chez l'adolescent : les enfants de parents dépressifs avaient trois fois plus de risques de développer un épisode dépressif que les enfants de parents non dépressifs. Un des objectifs de l'étude ADODESP (dépression de l'adolescent associée à la dépression parentale) était de mesurer la prévalence de la dépression dans cette population spécifique d'adolescents. Le but de cette thèse était de définir l'intensité de la dépression des adolescents à l'inclusion de l'étude ADODESP à l'aide des échelles ADRS et CDI.

Matériel et méthode : Il s'agissait d'une étude prospective interventionnelle multicentrique aux environs de Brest, sur une durée de 6 mois, avec recrutement initial des parents dépressifs par des médecins généralistes ou des internes. Secondairement, la dépression et la sévérité de la dépression de l'adolescent, dont le parent dépressif avait été recruté, étaient évalués par les questionnaires ADRS et CDI. Une analyse descriptive des résultats aux questionnaires étaient réalisée.

Résultats : 22 adolescents étaient inclus.2/3 d'adolescentes et 1/3 d'adolescents participaient à cette étude, la moyenne d'âge et l'écart type des participants à l'étude ADODESP étaient de 13 +/-0,8 ans avec une médiane à 14 ans et le premier et troisième quartile à 12 et 15 ans. 41% des adolescents ayant un parent dépressif étaient également dépressifs avec un score ADRS > ou = 4. 67 % des adolescents dépressifs étaient des adolescentes.

Conclusion : L'étude montrait que 46 % des adolescents ayant au moins un parent dépressif seraient dépressifs. Les adolescentes seraient deux fois plus dépressives que les adolescents. Les résultats n'étaient pas significatifs du fait du nombre limité d'adolescents recrutés.

MOTS CLES :
ADOLESCENTS
DEPRESSION
ECHELLE
ADOLESCENT DEPRESSION RATING SCALE
CHILDREN'S DEPRESSION INVENTORY

JURY :
Président : Mr le Professeur Jean-Yves Le Reste
Membres : Mr le Professeur Benoît Chiron
Mr le Docteur Patrice Nabbe
Mr le Professeur Guillaume Bronsard
Mme le Docteur Sophie Lalande
Mr le Docteur Florian Stéphan

DATE DE SOUTENANCE : 18 mars 2021

ADRESSE DE L'AUTEUR :