



HAL
open science

Quelles sont les échelles utilisées pour le dépistage de la dépression de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans en soins primaires ? Une revue de littérature faite sur SCOPUS, portant sur les articles 2242 à 3321

Mathilde Paulin

► To cite this version:

Mathilde Paulin. Quelles sont les échelles utilisées pour le dépistage de la dépression de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans en soins primaires ? Une revue de littérature faite sur SCOPUS, portant sur les articles 2242 à 3321. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03551435

HAL Id: dumas-03551435

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03551435>

Submitted on 1 Feb 2022

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'ÉTAT

Année : 2022

Thèse présentée par :

Madame **Mathilde Paulin**

Née le **30 décembre 1993** à **Besançon** (Doubs)

Thèse soutenue publiquement le 20 janvier 2022.

Titre de la thèse :

Quelles sont les échelles utilisées pour le dépistage de la dépression de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans en soins primaires ?

Une revue de littérature réalisée sur Scopus, portant sur les articles 2242 à 3321.

Président Monsieur le Professeur **LE RESTE** Jean-Yves

Membres du jury Monsieur le Professeur **BRONSARD** Guillaume
Monsieur le Docteur **STEPHAN** Florian

**UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE FACULTE
 DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE
 BREST**

Doyens honoraires

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

Doyenne

COCHENER-LAMARD Béatrice

Professeurs émérites

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

Professeur des Universités - ■ Praticien Hospitalier en surnombre

| | |
|---------------------|----------------------|
| GOUNY Pierre | Chirurgie vasculaire |
|---------------------|----------------------|

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 |
| FOURNIER Georges | Urologie |
| GENTRIC Armelle | Gériatrie et biologie du vieillissement |
| GILARD Martine | Cardiologie |
| 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
MISERY Laurent
NONENT Michel **REMY-**
NERIS Olivier
ROBASZKIEWICZ
Michel **SALAUN** Pierre-
Yves **SARAUX** Alain
TIMSIT Serge **WALTER**
Michel

Gynécologie obstétrique
Dermato-vénéréologie
Radiologie et imagerie médicale
Médecine physique et réadaptation
Gastroentérologie
Biophysique et médecine nucléaire
Rhumatologie
Neurologie
Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

AUBRON Cécile **BAIL** Jean-Pierre
BEN SALEM Douraid **BERNARD-**
MARCORELLES
Pascale **BEZON** Éric **BLONDEL**
Marc **CARRE** Jean-Luc
COUTURAUD Francis **DELARUE**
Jacques **DEVAUCHELLE-PENSEC**
Valérie **DUEYMES** Maryvonne
GIROUX-METGES Marie-Agnès **HU**
Weiguo **HUET** Olivier **L'HER** Erwan
MARIANOWSKI Rémi **MONTIER**
Tristan **NOUSBAUM** Jean-Baptiste
NEVEZ Gilles **PAYAN** Christopher
PRADIER Olivier **SEIZEUR**
Romuald **STINDEL** Éric

VALERI Antoine

Gastroentérologie
Parasitologie et mycologie
Bactériologie-virologie
Cancérologie
Anatomie
Biostatistiques, informatique médicale et technologies de
communication
Urologie

Réanimation
Chirurgie digestive
Radiologie et imagerie médicale
Anatomie et cytologie pathologiques
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Biologie cellulaire
Biochimie et biologie moléculaire
Pneumologie
Nutrition
Rhumatologie
Immunologie
Physiologie
Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Anesthésiologie-réanimation
Réanimation
Oto-rhino-laryngologie
Biologie cellulaire

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

ABGRAL Ronan **ANSART**
Séverine **BROCHARD**
Sylvain **BRONSARD**
Guillaume **CORNEC** Divi
CORNEC-LE GALL Emilie
DE VRIES Philine **GENTRIC**
Jean-Christophe **HERY-**
ARNAUD Geneviève
IANOTTO Jean- Christophe
LE BERRE Rozenn

Biophysique et médecine nucléaire
Maladies infectieuses
Médecine physique et réadaptation
Pédopsychiatrie
Rhumatologie
Néphrologie
Chirurgie infantile
Radiologie et imagerie médicale
Bactériologie-virologie
Hématologie
Thérapeutique

Génétique
Génétique
Biophysique et médecine nucléaire
Cardiologie
Hématologie
Neurochirurgie
LE GAC Gérald **LE MARECHAL**
Cédric **LE ROUX** Pierre-Yves **LE VEN**
Florent **LIPPERT** Éric **MAGRO** Elsa
SCHICK Ulrike **TALAGAS** Matthieu
THEREAUX Jérémie **TROADEC**
Marie- Bérengère **UGUEN** Arnaud
Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers Hors Classe
JAMIN Christophe **MOREL** Frédéric

Immunologie
Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers de 1ère Classe

Psychiatrie d'adultes
Dermato-vénéréologie
Génétique
Addictologie
Immunologie
Parasitologie et mycologie Médecine et santé au travail
Physiologie
Biologie et médecine du développement et de la reproduction
BERROUIGUET Sofian **BRENAUT**
Emilie **DOUET- GUILBERT** Nathalie
GUILLOU Morgane **HILLION** Sophie
LE GAL Solène **LODDE** Brice
MIALON Philippe **PERRIN** Aurore
PLEE-GAUTIER Emmanuelle
QUERELLOU Solène **ROBIN** Philippe Biochimie et biologie moléculaire Biophysique et médecine nucléaire
VALLET Sophie Biophysique et médecine nucléaire Bactériologie- virologie
Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers de 2ème Classe

Médecine et Santé au travail
Pédiatrie
Pédiatrie
Epidémiologie, économie de la santé et prévention Pneumologie
POUGNET Richard **ROPARS** Juliette
ROUE Jean-Michel **SALIOU** Philippe
TROMEUR Cécile
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
BAGACEAN Cristina **THUILLIER** Philippe

Bactériologie virologie Hématologie
Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques

Professeur des Universités Associé

LE MOIGNE Emmanuelle **METGES** Médecine interne Cancérologie Médecine d'urgence Médecine Jean-Philippe **QUERELLOU** Emgan légale **SUPLY** Benoît

Maître de Conférences des Universités Associé

GURIEC Nathalie Nutrition
LAVENNE-COLLOT Nathalie Pédopsychiatrie

Professeurs des Universités Associés de Médecine Générale

BARRAINE Pierre **CHIRON** Benoît

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

BEURTON-COURAUD Lucas
DERRIENNIC Jérémie **FONSECA**
Jérôme **PUSZKAREK** Thibault
VIALA Jeanlin

Professeur des Universités

BORDRON Anne Biologie cellulaire

BERNARD Delphine **DANY** Antoine Biochimie et biologie moléculaire
LE CORNEC Anne-Hélène Epidémiologie et santé publique
LANCIEN Frédéric **LE CORRE** Psychologie
Rozenn **MIGNEN** Olivier **MORIN** Physiologie
Vincent Electronique et informatique

Maîtres de Conférences des Universités

Maîtres de Conférences des Universités Contractuels LRU

MESQUITA Mirka 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

Neurochirurgie

Renaud

Maîtres de Stages Universitaires - Référents (Ministère des Armées)

LE COAT

Médecine Générale / Urgence

Anne

Médecine Générale

SCELLOS

Olivia

Résumé

Introduction : La dépression est l'une des principales causes de morbidité et d'invalidité chez les enfants et les adolescents. La diagnostiquer est une problématique de santé publique particulièrement difficile à résoudre. En effet, elle est difficile à identifier du fait d'un large panel de symptômes. Le diagnostic est clinique, mais le repérage peut se faire à l'aide d'échelles de dépression. Cette revue de littérature a pour objectif de les analyser dans le cadre du dépistage de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans en soins primaires.

Méthode : Revue systématique de littérature sur la base des résultats du moteur de recherche Scopus réalisée selon le protocole PRISMA. La bibliographie des articles inclus a été additionnée afin d'enrichir l'inclusion. La qualité méthodologique de l'ensemble de ces études a été évaluée à l'aide des critères QUADAS-2.

Résultats : Sur 1073 articles, 4 correspondaient aux critères d'inclusion et 5 issus de leur bibliographie ont été ajoutés. 8 échelles ont été analysées : CDI, CDI-10, CDI-LA, CES-D, CES-DC, RADS, RADS-2K et DSD. Leurs données psychométriques, leurs caractéristiques, et les spécificités des populations concernées ont été étudiées et comparées.

Discussion : L'analyse de ces études a permis d'identifier les critères déterminants afin de pouvoir utiliser les échelles dans un cadre de dépistage. Leur questionnaire doit être rapide, compréhensible, reproductible pour l'ensemble des patients, et accessible pour les soignants. Aucune échelle ne correspond à l'ensemble de ces critères, et elles manquent toutes cruellement de données psychométriques.

Conclusion : Il semble difficile de conclure à l'usage d'une échelle en particulier parmi les 8 sans mener de nouvelles recherches afin d'approfondir le sujet. Ces résultats sont à relier à ceux de mon binôme et à ceux des autres chercheurs ayant effectué le même type de revue.

Abstract

Background: Dépression is a leading cause of morbidity and disability in children and adolescents. Diagnosing it is a particularly difficult public health problem to solve. In fact, it is difficult to identify due to a wide range of symptoms. Diagnosis is clinical, but detection can be done using depression scales. This literature review aims to analyze them in the context of screening children and adolescents aged 6 to 18 in primary care.

Method: Systematic literature review based on the results of the Scopus search engine carried out according to the PRISMA protocol. The bibliography of all included articles was added to the inclusion process. The methodological quality of all of these studies was assessed using the QUADAS-2 criteria.

Results: Out of 1073 articles, 4 met inclusion criteria and 5 from their bibliography were added. 8 scales were analyzed: CDI, CDI-10, CDI-LA, CES-D, CES-DC, RADS, RADS-2K and DSD. Their psychometric data, their characteristics, and the specificities of the populations concerned were studied and compared.

Discussion: The analysis of these studies allowed to identify the determining criteria in order to be able to use the scales in a screening context. Their questionnaire must be quick, understandable, reproducible for all patients, and accessible for caregivers. No scale fits all of these criteria, and they are all lacking psychometric data.

Conclusion: It seems difficult to conclude on the use of a particular scale among the 8 without conducting new research to explore the subject in depth. These results are to be linked to those of my partner and to those of other researchers who have done the same kind of review.

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux

Figure 2 : Temps de réalisation en fonction du nombre d'items

Figure 3 : Fréquence d'apparition des échelles par article

Figure 4 : Comparaison des tranches d'âges entre les articles et leur échelle

Figure 5 : Coefficient alpha de Cronbach par échelle

Liste des tableaux

Tableau 1 : Présentation des articles **Tableau 2** : Caractéristiques des

articles **Tableau 3** : Caractéristiques des échelles **Tableau 4** : Domaine des

échelles **Tableau 5** : Valeurs psychométriques des échelles

Liste des annexes

Annexe 1 : PRISMA **Annexe 2** : QUADAS-2

Annexe 3 : QUADAS-2 appliqué aux articles de cette revue de littérature

Annexe 4 : Traduction française de l'échelle CDI **Annexe 5** : Traduction

espagnole de l'échelle CDI **Annexe 6** : Echelle CES-D

Liste des abréviations

ADRS : Adolescent Dépression Rating Scale
BDI : Beck Depression Inventory
CDI : Children's Depression Inventory
CDRS-R : Children's Depression Rating Scale - Revised
CES-D : Center for Epidemiologic Studies- Depression Scale
CES-DC : Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale for Children
CFTMEA : Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent
CIM : Classification Internationale des Maladies
DICA-R-A : Diagnostic Interview for Children and Adolescents - Revised version **DSD** :
DSM Scale for Depression
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDC : Épisode Dépressif Caractérisé
HAS : Haute Autorité de Santé
HDRS : Hamilton Depression Rating Scale
IMRAD : Introduction, Method, Results And Discussion
M-CASI : Multimedia-Computer Assisted Self Interview
MESH : Medical Subject Headings
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses **QUADAS** :
Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies **RADS** : Reynolds Adolescent Depression
Scale
RADS-2K : Traduction coréenne de l'échelle Reynolds Adolescent Depression Scale 2ème édition
RSES : Rosenberg Self-Esteem Scale **Se** : Sensibilité **Sp** : Spécificité
VPN : Valeur Prédictive Négative
VPP : Valeur Prédictive Positive
Youth2000 : Youth2000 Health and Wellbeing Survey

Table des matières

25

| | |
|--|-----------|
| UNIVERSITÉ DE BRETAGNE OCCIDENTALE | 2 |
| Remerciements | 7 |
| Résumé..... | 8 |
| Abstract | 9 |
| Liste des figures | 10 |
| Liste des tableaux..... | 10 |
| Liste des annexes..... | 10 |
| Liste des abréviations..... | 11 |
| Introduction..... | 15 |
| 1. L'enfant et l'adolescent | 15 |
| 2. Soins primaires | 15 |
| 3. La dépression | 15 |
| a) <i>Diagnostic de la dépression</i> | 15 |
| b) <i>Particularités de la dépression de l'adolescent</i> | 16 |
| c) <i>Comorbidités et risque suicidaire del'EDC de l'enfant et de l'adolescent</i> | 17 |
| 4. Dépistage de la dépression | 17 |
| Méthode..... | 19 |
| 1. Protocole..... | 19 |
| 2. Objectif de l'étude | 19 |
| 3. Matériel | 19 |
| 4. Les critères d'inclusion etd'exclusion..... | 20 |
| a) <i>Critères d'inclusion</i> | 20 |
| b) <i>Critères d'exclusion</i> | 21 |
| 5. Sélection des articles | 21 |
| a) <i>Première sélection</i> | 21 |
| b) <i>Seconde sélection</i> | 21 |
| c) <i>Vérification de la bibliographie</i> | 22 |
| 6. Evaluation de la qualité des articles | 22 |
| 7. Analyse des articles..... | 22 |
| a) <i>Caractéristiques des échantillons</i> | 22 |
| b) <i>Analyse des échelles</i> | 22 |
| c) <i>Evaluation de la validité de l'échelle</i> | 22 |
| Résultats..... | 24 |
| 1. La recherche..... | 24 |
| 2. Articles inclus | 25 |
| a) <i>Présentation des articles</i> | 25 |

| | | |
|----|--|-----------|
| b) | <i>Caractéristiques des articles</i> | |
| c) | <i>Dimension géographique des études</i> | 26 |
| 3. | Les échelles retrouvées | 27 |
| a) | <i>Children's Depression Inventory (CDI)</i> | 27 |
| b) | <i>Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale (CES-D)</i> | 28 |
| c) | <i>Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale for Children (CES-DC)</i> | 28 |
| d) | <i>Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)</i> | 28 |
| e) | <i>The DSM Scale for Depression (DSD)</i> | 29 |
| 4. | Caractéristiques des échelles de dépistage | 29 |
| a) | <i>Types de questionnaires</i> | 30 |
| b) | <i>Domaines étudiés dans les échelles de dépistage</i> | 30 |
| c) | <i>Nature des questions</i> | 31 |
| d) | <i>Analyse de la durée du questionnaire</i> | 31 |
| 5. | Utilisation des échelles dans les articles étudiés | 32 |
| a) | <i>Répartition des échelles selon le nombre d'article</i> | 32 |
| b) | <i>Répartition des âges</i> | 32 |
| c) | <i>Seuil de dépression</i> | 33 |
| 6. | Valeurs psychométriques..... | 34 |
| a) | <i>La sensibilité et la spécificité (Se et Sp)</i> | 34 |
| b) | <i>Les valeurs prédictives positives et négatives (VPP et VPN)</i> | 35 |
| c) | <i>Le coefficient Cronbach</i> | 35 |
| | Discussion | 36 |
| 1. | Analyse des résultats | 36 |
| a) | <i>Nombre d'items et temps de réalisation d'un questionnaire</i> | 36 |
| b) | <i>Tranche d'âge</i> | 36 |
| c) | <i>Valeurs psychométriques</i> | 37 |
| 2. | Limite des études | 37 |
| a) | <i>Echantillonnage</i> | 37 |
| b) | <i>Qualité méthodologique</i> | 38 |
| 3. | Limite des échelles..... | 38 |
| a) | <i>Age et genre</i> | 38 |
| b) | <i>Différences culturelles</i> | 39 |
| c) | <i>Hétéro-questionnaire</i> | 39 |
| d) | <i>Accessibilité</i> | 39 |
| 4. | Comparaison à la littérature scientifique | 40 |
| 5. | Choix du questionnaire pour la pratique quotidienne..... | 40 |
| 6. | Forces de cette revue de littérature | 41 |

| | |
|--------------------------------------|-----------|
| Conclusion ... | 43 |
| Bibliographie..... | 44 |
| Annexes..... | 46 |
| Autorisation d'imprimer | 54 |
| Serment d'Hippocrate | 54 |

Introduction

1. L'enfant et l'adolescent

L'enfance est définie par l'encyclopédie Larousse (1) comme la période de la vie humaine qui va de la naissance à l'adolescence. La fonction essentielle de cet âge est définie par une période de croissance. Comme les autres âges de la vie, elle fait l'objet d'une définition sociale qui varie en fonction des époques, des aires géographiques et des classes sociales.

L'OMS (2) considère que l'adolescence est la période de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte de 10 et 19 ans. L'adolescence est une période de la vie marquée par l'arrivée de la puberté, ainsi que des transformations qui affectent tous les aspects de la personne : physiologiques, cognitifs et sociaux.

Au niveau du développement intellectuel et comportemental, l'adolescent tend à acquérir l'indépendance sociale et économique pour remplir son rôle d'adulte en adoptant de nouvelles capacités de raisonnement. Sur le plan social, le groupe des pairs commence à remplacer la famille en tant que centre d'intérêt social (3).

2. Soins primaires

Les soins primaires, aussi appelés soins de premiers recours ou de proximité, correspondent au premier contact du patient avec le système de santé. Ils s'articulent avec et autour des médecins généralistes. L'objectif premier des soins primaires défini par l'OMS et le code de la santé publique est le soin complet (la protection, la prévention, le dépistage, le diagnostic, les soins curatifs, le suivi, la réadaptation et les soins palliatifs) (4).

3. La dépression

a) Diagnostic de la dépression

L'OMS a défini la dépression comme étant : « un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration » (5).

Le diagnostic d'Épisode Dépressif Caractérisé (EDC) se fait par un entretien clinique. Les troubles dépressifs sont définis par les classifications internationales : classifications des troubles mentaux de l'OMS

(Classification Internationale des Maladies CIM-11) (6), de l'American Psychiatric Association (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*) (7)) et par la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) (8).

L'EDC est caractérisé, chez l'adolescent comme chez l'adulte, par l'association d'un facteur endogène (humeur dépressive et/ou irritable, perte d'intérêt et de plaisir, ralentissement psychomoteur, troubles physiques et instinctuels), d'un facteur cognitif (cognitions négatives et pensées de mort), de critères d'intensité (symptômes « présents la majorité du temps », « presque tous les jours », responsables d'une « souffrance cliniquement significative » et/ou « retentissant sur le fonctionnement ») et de symptômes d'exclusion.

Ces classifications ont pour objectif d'ordonner et d'harmoniser les désignations diagnostiques. Pourtant leur fiabilité, leur validité et par conséquent leur utilité est limitée.

b) Particularités de la dépression de l'adolescent

La symptomatologie dépressive évolue en fonction des stades de développement de la personne. Il y a donc des différences de manifestations cliniques entre l'adulte, l'enfant et l'adolescent. La complexité de la présentation clinique de la dépression de l'enfant et de l'adolescent réside sur son hétérogénéité, ce qui rend le diagnostic difficile à poser.

Selon la HAS (9), à l'adolescence aucun symptôme n'est pathognomonique d'un épisode dépressif caractérisé. De plus, il est souvent difficile de faire la différence entre les mouvements dépressifs et les processus normaux inhérents de l'adolescence. Il peut donc exister une confusion entre la dépression et la « crise d'adolescence ».

Les manifestations dépressives de l'adolescent que l'on peut retrouver sur le plan émotionnelles sont un état de tristesse, d'angoisse ou d'agressivité. Au niveau cognitif, on peut retrouver de l'indécision, de la dévalorisation, de la culpabilité, ainsi que de la dysmorphophobie. Au niveau des démonstrations physiques et psychomotrices, l'adolescent peut exprimer une hyperactivité ou un ralentissement associé à des troubles alimentaires ou des troubles du sommeil. Au niveau du quotidien, l'adolescent peut présenter un désintérêt scolaire ou au contraire un surinvestissement. On peut retrouver parfois un isolement social, et des comportements à risques.

c) Comorbidités et risque suicidaire de l'EDC de l'enfant et de l'adolescent

En France, on estime que près de 8 % des adolescents entre 12 et 18 ans souffrent d'une

dépression (10).

Il est important de savoir diagnostiquer ce trouble, car le suicide est la deuxième cause de mortalité en France chez le jeune de 15 à 24 ans avec entre 800 et 1000 morts par an (11). Lorsqu'ils ne sont pas traités, les problèmes de santé mentale des adolescents ont des conséquences au niveau professionnel, social et familial jusqu'à l'âge adulte, limitant la possibilité pour eux de mener une vie épanouissante (12).

4. Dépistage de la dépression

Le dépistage sert à détecter la présence d'une maladie à un stade précoce chez une personne a priori en bonne santé (13). Il n'existe pas d'échelle universelle pour le dépistage de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. De nombreuses échelles sont utilisées dans le monde. On retrouve parmi les plus fréquentes les échelles CDI (*Children's Depression Inventory*), BDI (*Beck Depression Inventory*), CDRS-R (*Children's Depression Rating Scale - Revised*) et CES-D (*Center for Epidemiologie Studies - Depression Scale*) (8).

En France, la HAS recommande l'utilisation de l'échelle ADRS (*Adolescent Depression Rating Scale*) pour le dépistage de la dépression en médecine générale (8), bien que la clinique et le suivi du patient priment sur un dépistage par questionnaire.

Une condition essentielle pour un dépistage efficace est un instrument de dépistage ayant démontré une grande exactitude afin ne pas inclure à tort des patients non déprimés et ainsi limiter le surdiagnostic. Il est donc primordial d'utiliser des outils de dépistage fiable et précis afin d'aider les cliniciens à identifier les EDC au plus tôt, pour accélérer et améliorer leur prise en charge (14).

Malheureusement, selon une revue de littérature réalisée en 2014, les méthodes de dépistage de la dépression chez les enfants et les adolescents ne sont pas dénuées de problèmes. Par exemple, les seuils utilisés dans les échelles de dépistage de l'enfant sont les mêmes que pour la population adulte sans que l'on ait jugé de leur fiabilité, validité et utilité dans ce contexte (15).

Selon cette même étude, les échelles de dépression CDI, BDI, CES-D et RADS présentent toutes une bonne cohérence interne. Cependant, les seuils de classification issus de ces échelles entraînent un haut taux d'erreur, à la fois pour les résultats positifs et négatifs. Cette étude conclue que ces échelles

seraient utilisables sous réserve de nouvelles explorations afin de les rendre plus fiables (15).

Une revue de littérature Canadienne de 2016 conclue quant à elle que l'utilisation de ces échelles pourrait avoir un impact négatif sur la prise en charge des patients. En effet, le surdiagnostic lié à leur utilisation entraîne un éparpillement des ressources médicales disponibles pour ces patients manquant déjà souvent de l'encadrement nécessaire (14).

Dans ce contexte, quelles sont les échelles utilisées pour le dépistage de la dépression de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans en soins primaires ?

Méthode

1. Protocole

Cette revue de littérature s'appuie sur la méthode PRISMA (16).

Cette méthode permet d'avoir une ligne directrice pour la lecture et l'analyse des différents articles. Elle permet également de systématiser les recherches des études, de les trier selon des critères d'éligibilité, et de sélectionner les articles selon des critères d'inclusion.

Ses 6 étapes, elles-mêmes constituées de 27 items, ont été rigoureusement suivies afin de traiter, de sélectionner et d'analyser les articles en limitant au maximum le risque de biais.

2. Objectif de l'étude

L'étude ADODESP, dans laquelle s'inscrit ce travail, a pour but de déterminer l'intérêt d'un dépistage de la dépression des adolescents à partir de l'identification d'un parent déprimé en soins primaires, en coordonnant les actions des acteurs de soins primaires et des Maisons des Adolescents.

Pour ce faire, cette revue de littérature est réalisée afin de déterminer quelles sont les échelles de dépistage de la dépression utilisables chez les enfants et les adolescents de 6 à 18 ans en soins primaires en évaluant leurs critères de validité et de fiabilité.

3. Matériel

Les articles ont été trouvés à l'aide du site de la bibliothèque universitaire de l'Université de Bretagne Occidentale, sur la base de données Scopus.

La recherche des articles concernait toutes les publications depuis la création de la base jusqu'en mai 2019.

L'équation de recherche a été trouvée en utilisant des mots-clés associés à des opérateurs booléens (AND, OR et NOT). La stratégie de recherche employée a permis une recherche exhaustive, afin de recueillir le plus grand nombre d'études et de diminuer les biais de sélection.

Les mots-clés utilisés pour cette étude sont : « dépression OR depressive AND disorder », « psychiatrie AND rating AND scale », « child OR adolescent ». Ils ont été utilisés pour cibler précisément la pathologie étudiée et la population.

L'équation finale écrite dans le moteur de recherche d'articles scientifiques Scopus est la suivante :
(((depression OR depressive AND disorder) AND (psychiatric AND rating AND scale) AND (child OR adolescent))) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "French")) AND (EXCLUDE (PUBYEAR, 2019)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "re")).

Une liste de 4653 articles a été trouvée après avoir entré l'équation dans le moteur de recherche. Cette liste a été divisée en trois parties qui seront chacune analysées par un binôme. Notre binôme s'est intéressé aux articles 1161 à 3321.

Cette thèse traitera des articles allant de 2242 à 3321.

4. Les critères d'inclusion et d'exclusion

a) Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions sont :

- Les enfants et adolescent âgés de 6 à 18 ans inclus. Pour les études réalisées sur des populations avec une tranche d'âge recoupant partiellement celle-ci, il a été décidé de prendre en compte l'âge moyen des patients.
- Les études ayant une structure IMRAD (Introduction, Méthode, Résultats, Analyse et Discussion).
- Les articles écrits en anglais et en français.
- La date de publication concernait toutes les publications depuis la création de la base jusqu'en mai 2019.
- Une échelle de dépistage de dépression bien identifiée.
- La présence de données permettant de déterminer la sensibilité, spécificité, valeur prédictive positive et valeur prédictive négative d'un outil de dépistage de la dépression.

b) Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion sont :

- Articles non écrits sous le format IMRAD et articles ne présentant pas d'abstract.
- Le mot dépression non écrit dans le titre ou dans le résumé de l'article.
- Les études ne traitant pas d'échelle de dépistage de la dépression ou n'en étudiant pas la validité.
- Les études réalisées dans un autre contexte que le soin primaire.
- Les études ne faisant pas référence au dépistage.
- Les articles étudiant des sous populations spécifiques comme des enfants ayant une maladie spécifique ou dans une situation particulière.
- Les questionnaires remplis par une personne autre que l'enfant lui-même.

5. Sélection des articles

a) Première sélection

Après avoir entré l'équation dans le moteur de recherche Scopus, il faut dans un premier temps éliminer les doublons. Ceci consiste à repérer les études traitants du même sujet mais publiées sous des titres différents à plusieurs reprises. 10 doublons ont été éliminés dans la liste des 4643 articles retenus.

Dans un deuxième temps, cette liste d'articles sans doublon a été divisée entre plusieurs binômes. Chaque membre du binôme va d'abord présélectionner les articles sur leurs titres, puis sur leurs abstracts en fonction des critères d'exclusions. Tous les articles ne présentant pas assez d'information pour trancher sur leurs éligibilités ont également été gardés. A chaque fois qu'un article est exclu, la raison et le nombre d'articles exclus ont bien été notifiés.

b) Seconde sélection

Les articles retenus lors de la première phase sont sélectionnés à la suite de la lecture intégrale de leur texte, en tenant compte des mêmes critères d'inclusion et d'exclusion.

Chaque partenaire du binôme sélectionne individuellement les articles qui lui semblent pertinents à partir de la même liste afin de pouvoir croiser les résultats. Lorsqu'il y a un désaccord, il est résolu via la concertation d'un tiers, le Docteur en psychiatrie Florian STEPHAN.

c) Vérification de la bibliographie

La bibliographie de chaque article sélectionné à l'étape précédente a été également parcourue afin d'y trouver de nouveaux articles à inclure dans l'étude.

6. Evaluation de la qualité des articles

La qualité des articles a été évaluée par la grille d'évaluation QUADAS-2 (*Quality Assessment of Diagnostic Accuracy Studies*).

L'échelle QUADAS-2 permet d'évaluer le risque de biais sur quatre critères :

- La sélection des patients.
- Le test étudié (c'est-à-dire l'échelle dépression).
- Le test de référence (comme cité plus haut, le test de référence est un examen clinique en fonction des critères du DSM, du CIM-11 ou du CFTMEA).
- La temporalité et le flux de patients.

7. Analyse des articles

La dernière étape consiste à analyser le contenu des articles à l'aide de plusieurs tableaux de collection des données : présentation des articles, caractéristiques des articles, caractéristiques des échelles, valeurs psychométriques des échelles.

a) Caractéristiques des échantillons

Les caractéristiques analysées de la population cible de chaque article sont les suivantes : nombre d'inclus, tranche d'âge, proportion de filles et de garçons ainsi que lieu de l'étude.

b) Analyse des échelles

Les échelles de dépistage utilisées dans chaque étude sont analysées et décrites.

c) Evaluation de la validité de l'échelle

Les outils pour analyser la validité de l'échelle sélectionnée sont :

- La Sensibilité (Se) permet de mesurer la capacité de l'échelle à fournir un résultat positif lorsque le patient présente la maladie.

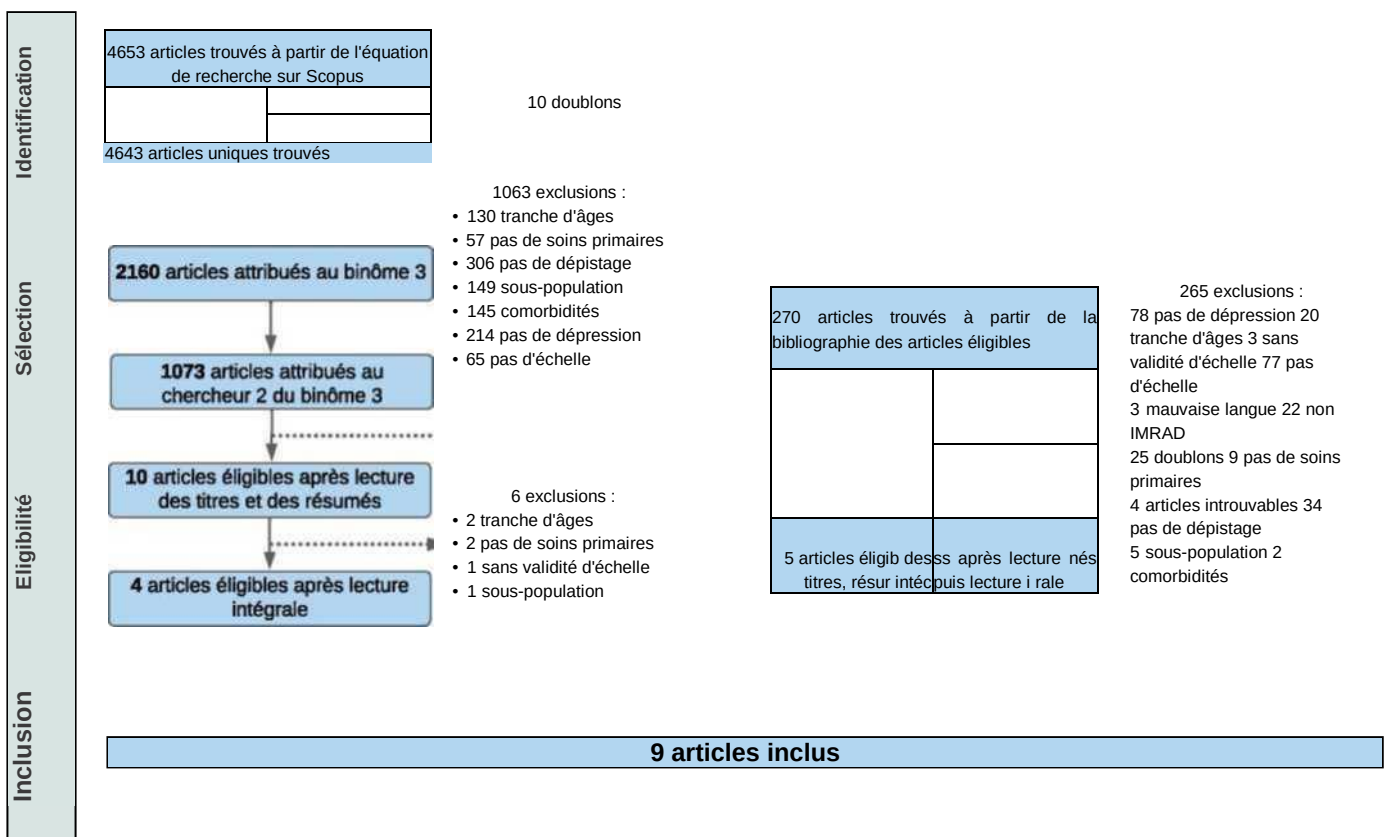
- La Spécificité (Sp) mesure la capacité du test à fournir un résultat négatif lorsque le patient n'a pas la maladie.
- La Valeur Prédictive Négative (VPN) est la probabilité que la maladie ne soit pas présente lorsque le test est négatif.
- La Valeur Prédictive Positive (VPP) est la probabilité que lorsque le test est positif, la maladie soit présente.
- Le coefficient de Cronbach ou alpha est le coefficient qui évalue la cohérence interne de l'échelle. Il doit être supérieur à 0,7 pour être considéré acceptable.

Résultats

1. La recherche

L'équation de recherche a été utilisée sur le moteur de recherche Scopus en janvier 2019 avec un résultat 4653 articles, parmi lesquels 10 doublons ont été éliminés. Les 4643 résultats restants sont divisés en 4 binômes. Notre binôme explore 2160 articles. Cette thèse analyse 1073 articles parmi ces derniers. Après avoir lu les titres et les résumés, 1063 articles sont éliminés car ils ne correspondent pas à aux critères de sélection. Une vérification approfondie est ensuite réalisée en lisant entièrement les 10 articles restants, et 6 de plus sont exclus. Enfin, la bibliographie de ces 4 articles est analysée afin de chercher d'autres publications répondant aux critères. Parmi les 270 articles retrouvés, 265 sont exclus à l'aide une nouvelle fois des critères de sélection et 5 sont conservés. 9 articles au total sont donc sélectionnés.

Figure 1 : Diagramme de flux



2. Articles inclus

a) Présentation des articles

Le Tableau 1 présente les articles inclus dans cette revue de littérature, ordonnés par année de publication. Le numéro attribué aux articles dans la première colonne servira de référence pour les prochains tableaux.

Tableau 1 : Présentation des articles

| N° | Année | Titre | Journal | Auteurs |
|----|-------|---|--|---|
| 1 | 1986 | Normative and reliability data for the children's depression inventory (17). | Journal of Abnormal Child Psychology | Smucker M.R., Craighead W.E., Craighead L.W., Green B.J. |
| 2 | 1991 | The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults (18). | Journal of Youth and Adolescence | Radloff L.S. |
| 3 | 1997 | Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies - Depression Child (CES-DC) (19). | European Child and Adolescent Psychiatry | Olsson G. |
| 4 | 1998 | Reliability and Validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with Young Adolescents (20). | Journal of School Psychology | Reynolds W.M., Mazza J.J. |
| 5 | 2002 | Psychometric properties of the DSM scale for depression (DSD) with Korean-American youth (21). | Mental Health Nursing | Choi H., Stafford L., Meininger J.C., Roberts R.E., Smith D.P. |
| 6 | 2004 | Spanish translation and reliability testing of the child depression inventory (22). | Child Psychiatry and Human Development | Davanzo P., Kerwin L., Nikore V., Esparza C., Forness S., Murrelle L. |
| 7 | 2005 | The Reynolds Adolescent Depression Scale in New Zealand adolescents (23). | Australian and New Zealand Journal of Psychiatry | Walker L., Merry S., Watson P.D., Robinson E., Crengle S., Schaaf D. |
| 8 | 2008 | The German version of the centre for epidemiological studies depression scale for children: Psychometric evaluation in a population-based survey of 7 to 17 years old children and adolescents - Results of the BELLA study (24). | European Child & Adolescent Psychiatry | Barkmann C., Erhart M., Schulte-Markwort M. |
| 9 | 2009 | Reynolds Adolescent Depression Scale - Second Edition: Initial validation of the Korean version (25). | Journal of Advanced Nursing | Hyun M.-S., Nam K.-A., Kang H.S., Reynolds W.M. |

b) Caractéristiques des articles

Le Tableau 2 répertorie les caractéristiques des études incluses : la date et le lieu de l'étude, la population étudiée et ses caractéristiques, et enfin la méthodologie et l'échelle utilisées.

Tableau 2 : Caractéristiques des articles

| N° | Contexte | | | Population | | | Méthodologie | | |
|----|----------|------------------|---|----------------------|------|---------------------------|--|----------------|---|
| | Ann. | Pays | Lieu | Tranche d'âge (ans) | Nb. | Genre | Outils diagnostiques | Echelle | Méthode |
| 1 | 1986 | États-Unis | 7 écoles publiques de Pennsylvanie centrale | 8 à 16 (moy. 11,67) | 1252 | 594 H 658 F | Absent | CDI | Auto questionnaire |
| 2 | 1991 | États-Unis | 3 écoles de tailles et de villes différentes de la côte est | 12 à 18 | 819 | NC | Absent | CES-D | Auto questionnaire |
| 3 | 1997 | Suède | 9 lycées situés à Uppsala | 16 et 17 | 2272 | 1062 H 1210 F | BDI-C*, entretien clinique utilisant DICA-R-A* | CES-DC | Auto questionnaire |
| 4 | 1998 | États-Unis | 1 école paroissiale du centre-ville de Brooklyn | 11 à 15 (moy. 12,53) | 89 | 36 H 53 F | Entretien clinique utilisant HDRS* | RADS | Auto questionnaire |
| 5 | 2002 | États-Unis | 1 communauté religieuse coréenne de Houston | 11 à 13 | 104 | 57 H 47 F | Absent | DSD | Auto questionnaire |
| 6 | 2004 | États-Unis | 12 classes d'écoles publiques bilingues de Los Angeles avec une majorité de sujets hispaniques | 8 à 15 (moy. 11,5) | 205 | 99 H 106 F | Entretien clinique | CDI-LA, CDI-10 | Auto questionnaire |
| 7 | 2005 | Nouvelle Zélande | 114 écoles néo-zélandaises répondant au questionnaire Youth2000* incluant le RADS | 9 à 13 | 9699 | 4442 H 5257 F | Absent | RADS | Auto questionnaire (M-CASI*) |
| 8 | 2008 | Allemagne | Sélection aléatoire d'une partie des familles ayant répondu à un questionnaire national (KiGGS) | 7 à 17 | 2809 | 898 H 874 F 1037 NC | Absent | CES-DC | Auto-questionnaire + Hétéro-questionnaire |
| 9 | 2009 | Corée du sud | 3 collèges publics de Séoul et de la province de Kyunggi | 12 à 17 (moy. 13,78) | 440 | 261 H 179 F | CES-D, RSES* | RADS-2K | Auto questionnaire |

BDI-C : Beck's Dépression Inventory - Child version

DICA-R-A : Diagnostic Interview for Children and Adolescents - Revised version

HDRS : Hamilton Depression Rating Scale

Youth2000 : Youth2000 Health and Wellbeing Survey

M-CASI : Multimedia-Computer Assisted Self Interview

RSES : Rosenberg Self-Esteem Scale

c) Dimension géographique des études

Cette revue de littérature présente une dimension internationale, avec des études venant de presque tous les continents :

- L'Asie : 1 article en Corée du sud (Séoul et province de Kyunggi).
- L'Océanie : 1 article en Nouvelle Zélande.
- L'Europe : 1 article en Suède (Uppsala) et 1 article en Allemagne.
- L'Amérique du Nord : 1 article en Pennsylvanie, 1 article au Texas (Houston), 1 article à

New York (Brooklyn), 1 article en Californie (Los Angeles), et enfin 1 article concernant plusieurs états de la côte est.

On peut également noter que les populations cibles ont majoritairement été recrutées dans un contexte scolaire :

- Ecole : 7 articles.
- Communauté religieuse : 1 article.
- Ensemble du territoire national : 1 article.

3. Les échelles retrouvées

Dans les articles étudiés, 8 échelles de dépistage sont retrouvées :

- CDI : Children's Depression Inventory.
- CDI-10 : Children's Depression Inventory - 10 items.
- CDI-LA : Traduction espagnole de l'échelle CDI.
- CES-D : Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale.
- CES-DC : Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale for Children.
- RADS : Reynolds Adolescent Depression Scale.
- RADS-2K : Traduction coréenne de l'échelle Reynolds Adolescent Depression Scale 2ème édition.
- DSD : DSM Scale for Depression.

a) Children's Depression Inventory (CDI)

L'échelle *Children's Depression Inventory*, ou CDI, a été publiée en 1979 par Maria Kovacs. Elle utilise comme modèle l'échelle *Beck Depression Inventory*, ou BDI, publiée en 1967 et utilisée pour les adultes. Elle se présente sous la forme d'un auto-questionnaire adressé aux enfants de 7 à 17 ans, d'une durée inférieure à 15 minutes. Il contient 27 items avec 3 options de réponses notées de 0 à 2 : 0 = *absent* ; 1 = *modéré* ; 2 = *sévère*. Le patient doit répondre selon son ressenti sur les deux dernières semaines. Ce questionnaire évalue l'humeur négative, l'anhédonie, l'inefficacité et l'estime de soi négative. Le score total peut varier de 0 à 54, et le seuil de dépression généralement utilisé est de 19.

Il existe une variante courte, le CDI-10, présentant seulement 10 items tirés des 21 items du CDI. Le seuil de dépression est alors abaissé à 1. Il existe également des traductions du CDI, comme par exemple le CDI-LA qui est la traduction espagnole directe de l'échelle de base.

b) Center for Epidemiologie Studies - Dépression Scale (CES-D)

L'échelle *Center for Epidemiologie Studies - Dépression Scale* (26), ou CES-D, a été publiée par Laurie Radloff en 1991. Elle se présente sous la forme d'un auto-questionnaire adressé aux adultes, d'une durée inférieure à 10 minutes. Il évalue l'humeur du sujet en lui demandant avec quelle fréquence, durant la semaine écoulée, il a ressenti des symptômes ou des comportements souvent associés à la dépression. La fréquence de survenue des symptômes est mesurée à l'aide de 20 items notés de 0 à 3 : 0 = *Jamais, très rarement (moins d'un jour)* ; 1 = *Occasionnellement (1 à 2 jours)* ; 2 = *Assez souvent (3 à 4 jours)* ; 3 = *Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)*. Cependant, 4 items ont un score inversé. Par exemple, pour la question « J'ai été heureux(se) », les scores sont les suivants : 3 = *Jamais, très rarement (moins d'un jour)* ; 2 = *Occasionnellement (1 à 2 jours)* ; 1 = *Assez souvent (3 à 4 jours)* ; 0 = *Fréquemment, tout le temps (5 à 7 jours)*. Le score total se situe donc entre 0 et 60. Les scores les plus élevés correspondent à la présence d'une symptomatologie dépressive plus sévère. Le seuil de dépression généralement utilisé est de 15. La cohérence interne a été vérifiée par un coefficient alpha de Cronbach allant de 0,85 pour la population générale à 0,90 pour les patients psychiatriques.

e) Center for Epidemiologie Studies - Depression Scale for Children (CES-DC)

L'échelle *Center for Epidemiologic Studies - Depression Scale for Children* (21), ou CES-DC, a été publiée en 1980 par Myrna M. Weissman. C'est une réécriture du CES-D ayant pour objectif de rendre les items ainsi que les réponses compréhensibles par des enfants et adolescents âgés de 6 à 11 ans. Elle se présente sous la forme d'un auto-questionnaire d'une durée inférieure à 5 minutes. La mesure s'effectue cette fois-ci à l'aide de 20 items notés de 0 à 3 : 0 = *Pas du tout* ; 1 = *Un peu* ; 2 = *Souvent* ; 3 = *Beaucoup*. 4 items conservent un score inversé. Les scores vont toujours de 0 à 60 et le seuil de dépression reste à 15.

d) Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS)

L'échelle *Reynolds Adolescent Depression Scale*, ou RADS, a été publiée en 1981 par William Reynolds. Elle se présente sous la forme d'un auto-questionnaire adressé aux enfants et jeunes adultes de 11 à 20 ans, d'une durée inférieure à 15 minutes. Il contient 30 items notés de 1 à 4 : 1 = *Jamais* ; 2 = *Presque jamais* ; 3 = *Parfois* ; 4 = *Tout le temps*. Le score total se situe donc entre 30 et 120. Le seuil de dépression généralement utilisé est de 76. La cohérence interne a été vérifiée par un coefficient alpha de Cronbach allant de 0,91 à 0,96.

Il existe une variante publiée en 2002 nommée RADS-2, qui répartit les 30 items en 4 sous-échelles : l'anhédonie, les plaintes somatiques, l'auto-évaluation négative et l'humeur dysphorique. La notation et les seuils

restent identiques.

e) The DSM Scale for Dépression (DSD)

L'échelle *DSM Scale for Dépression*, ou DSD, est un auto-questionnaire d'une durée de 20 à 30 minutes. Il évalue l'humeur du sujet en lui demandant avec quelle fréquence, durant les deux dernières semaines écoulées, il a ressenti des symptômes ou des comportements souvent associés à la dépression. La fréquence de survenue des symptômes est mesurée à l'aide de 31 items notés de 1 à 4 : 1 = *Presque jamais ou jamais* ; 2 = *Parfois* ; 3 = *Souvent* ; 4 = *Presque tous les jours*.

4. Caractéristiques des échelles de dépistage

Le tableau 3 permet de comparer les caractéristiques des échelles présentes dans les articles avec les caractéristiques des échelles telles qu'elles ont été conçues à l'origine. Les caractéristiques comparées sont les suivantes : la tranche d'âge visée, la durée de réalisation du questionnaire, le nombre d'items, ainsi que les seuils de dépression utilisés. Les écarts constatés dans les articles sont indiqués en gras.

Tableau 3 : Caractéristiques des échelles

| N° | Nom de l'échelle | Ages (ans) | | Durée (minutes) | | Nombre d'items | | Points / item | Seuil dépression | | |
|----|------------------|------------|----------------|-----------------|---------------|----------------|-----------|---------------|------------------|---------------|---------------|
| | | Echelle | Etude | Echelle | Etude | Echelle | Etude | | Echelle | Etude | |
| 1 | CDI | CDI | 7 à 17 | 8 à 16 | 5 à 10 | 10 | 27 | 26 | 0 à 2 | >19 | >19 |
| 6 | | CDI-10 | 7 à 17 | 8 à 15 | 5 à 10 | 10 | 10 | 10 | 0 à 2 | >7 | >7 |
| 6 | | CDI-LA | 7 à 17 | 8 à 15 | 10 | 10 | 27 | 27 | 0 à 2 | >19 | >19 |
| 2 | CES-D | CES-D | - | 12 à 18 | 10 | NC | 20 | 20 | 0 à 3 | >15 | >28 |
| 3 | | CES-DC | 6 à 17 | 16 et | 5 | NC | 20 | 20 | 0 à 3 | >15 | >30 |
| 8 | | CES-DC | 6 à 17 | 7 à 17 | 5 | NC | 20 | 20 | 0 à 3 | >15 | >15 |
| 7 | RADS | RADS | 11 à 20 | 9 à 13 | 15 | NC | 30 | 30 | 0 à 4 | >76 | >77 |
| 4 | | RADS | 11 à 20 | 11 à 15 | 15 | 30 à 40 | 30 | 30 | 0 à 4 | >76 | >77 |
| 9 | | RADS-2 | 11 à 20 | 12 à 17 | 5 à 10 | 15 à 20 | 30 | 30 | 0 à 4 | >76 | >76 |
| 5 | DSD | DSD | 10 à 17 | 11 à 13 | NC | 20 à 30 | 31 | 26 | 1 à 4 | NC | NC |

a) Types de questionnaires

Il existe deux types de questionnaires de dépistage de la dépression : les auto-questionnaires et les hétéro-questionnaires.

Les auto-questionnaires sont remplis par le patient lui-même. C'est la forme de questionnaire que l'on retrouve dans la majorité des tests de dépistage : CDI, CES-D, RADS et DSD. Ce questionnaire peut être effectué en complète autonomie, ou les patients peuvent bénéficier de l'aide d'un tiers afin d'éclaircir certaines questions. Ce tiers doit aider le patient sans influencer la réponse de celui-ci.

Les hétéro-questionnaires sont remplis par un observateur extérieur. Par exemple, dans l'étude *The German version of the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children: psychometric evaluation in a population-based survey of 7 to 17 years old children and adolescents - results of the BELLA study* (24), ce sont uniquement les parents des enfants qui répondent pour ceux âgés de 7 à 10 ans afin de garantir la compréhension des questions.

b) Domaines étudiés dans les échelles de dépistage

Les échelles de dépression divisent souvent leur questionnaire en plusieurs domaines. Le tableau 4 permet de comparer les domaines explorés par chacun d'entre eux.

Tableau 4 : Domaines des échelles

| Echelle | Inefficacité | Anhédonie | Humeur | Estime de soi | Somatique | Solitude | Maîtrise | Adaptation | Soutien |
|----------------|-----------------------------------|-----------|--------|---------------|-----------|----------|----------|------------|---------|
| CDI / CDI-10 | X | X | X | X | | | | | |
| RADS / RADS-2 | | X | X | X | X | | | | |
| DSD | | | | X | X | X | X | X | X |
| CES-D / CES-D* | Items non structurés par domaine. | | | | | | | | |

Parmi les questionnaires découpés par domaine, seul le domaine concernant l'estime de soi revient systématiquement. Les trois autres critères revenant fréquemment étant l'humeur, l'anhédonie et la présence de symptômes somatiques. On peut relever que l'échelle DSD se concentre tout particulièrement sur les aspects sociaux de la dépression, là où CDI et RADS sont d'avantages concentrés sur le ressenti du sujet.

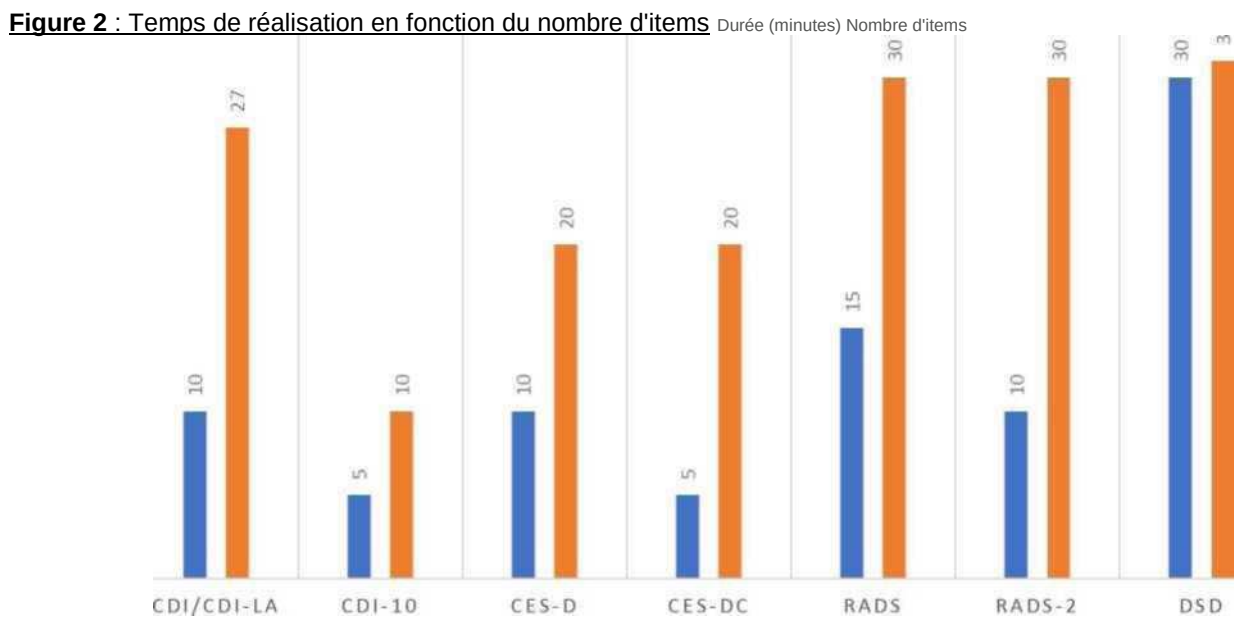
La majorité durent aux alentours de 15 minutes, avec du plus rapide au plus lent :

On retrouve deux natures de questions différentes au sein des différentes échelles étudiées. La première catégorie de questionnaire cherche à évaluer l'intensité des émotions ressentis par le sujet. La deuxième quant à elle cherche quantifier la fréquence du ressenti des troubles.

Il existe des échelles ayant des réponses binaire (oui ou non), mais aucun article de cette revue de littérature n'est concerné.

d) Analyse de la durée du questionnaire

La figure 2 représente la durée d'un questionnaire par rapport au nombre d'items qui le composent.



La Figure 2 révèle que :

- Le plus rapide est CES-DC effectué en 5 minutes pour 20 items.
- Les plus long est DSD effectué en 20 à 30 minutes pour 31 items.

c) Nature des questions

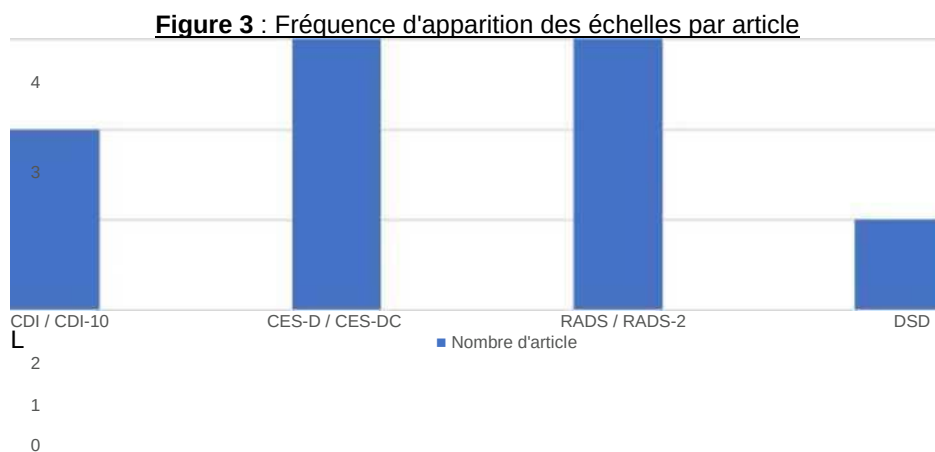
- CDI : 5 à 10 minutes pour 27 items.
- CES-D : 10 minutes pour 20 items.
- RADS : 15 minutes pour 30 items.
- RADS-2 : 15 à 20 minutes pour 30 Items.

La durée de réalisation pour l'échelle CDI-10 n'a pas été trouvée. En effet, dans le cadre de l'étude concernée, les réponses aux 10 items sont tirés d'un questionnaire CDI classique.

5. Utilisation des échelles dans les articles étudiés

a) Répartition des échelles selon le nombre d'article

La figure 3 représente la fréquence d'apparition des différentes échelles analysées dans les articles.



es échelles les plus représentées dans cette revue de littérature sont *RADS* et *CES-D* avec 3 apparitions chacune.

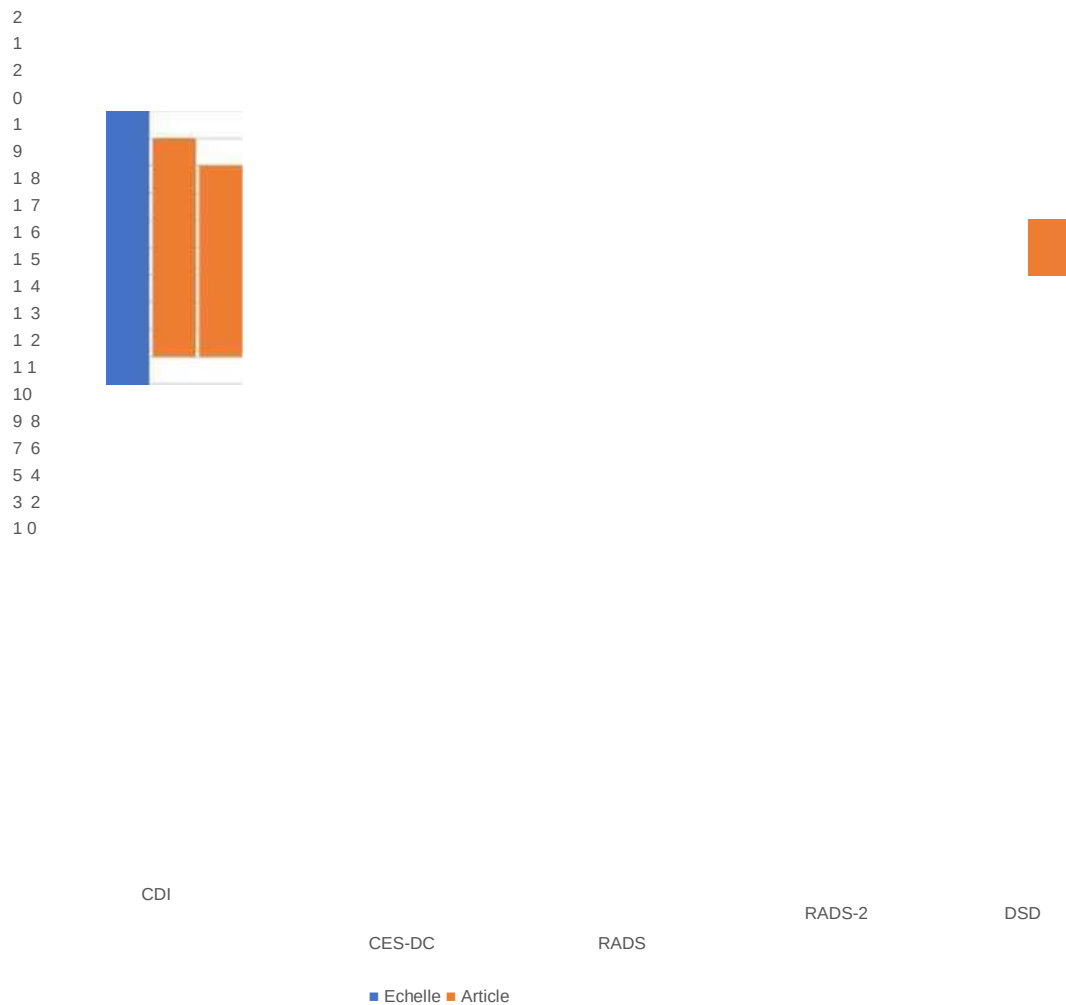
b) Répartition des âges

La figure 4 permet de comparer les tranches d'âge des populations des différents articles aux tranches

La majorité durent aux alentours de 15 minutes, avec du plus rapide au plus lent :

d'âges initialement prévu par les échelles.

Figure 4 : Comparaison des tranches d'âges entre les articles et leur échelle



Les échelles de dépistage ont été initialement créées pour une tranche d'âge donnée, et la majorité des articles l'ont correctement respecté. Ce n'est cependant pas le cas pour l'étude *The Reynolds Adolescent Depression Scale in New Zealand adolescents* (23) dont la population est parfois jusqu'à 2 ans plus jeune que prévu par l'échelle RADS. On notera également que l'étude *The Use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in Adolescents and Young Adults* (18) n'est pas mentionnée car l'échelle CES-D n'est pas destiné uniquement aux enfants et adolescents.

Concernant la traduction des échelles CDI en espagnol (CDI-LA) et RADS-2 en coréen (RADS-2K), la tranche d'âge à utiliser dans le cadre de cette traduction n'est pas précisée. Elle est cependant extrapolable : celle-ci n'a pas changé si la traduction a été suffisamment fidèle. Les études concernées respectent donc correctement les tranches d'âge initialement prévues.

c) Seuil de dépression

Certaines études adaptent le seuil de dépression initialement prévu par l'échelle afin d'obtenir une distribution de l'échantillon de population prédéfinie. En effet, dans les études *Normative and reliability data for the children's depression inventory* et *Dépression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies-Depression Child (CES-DC)*, on détermine le nouveau seuil afin que seulement 10% des sujets le dépasse. L'objectif est de se rapprocher du pourcentage réel de dépression dans la population générale. Dans la deuxième étude,

on peut noter que l'écart entre le seuil initial et le seuil adapté est très significatif, on passe de « supérieur à 15 » à « supérieur ou égal à 30 ». L'étude émet l'idée que le seuil prévu à la base pour les adultes par l'échelle CES-D et conservé dans l'échelle CES-DC n'est pas forcément adapté pour les changements d'humeur plus fréquents chez les adolescents.

6. Valeurs psychométriques

Le tableau 4 répertorie les valeurs psychométriques retrouvées pour chaque échelle de dépistage des articles. Ces valeurs sont : la sensibilité, la spécificité, les valeurs prédictive positive et négative, ainsi que le coefficient Cronbach.

Tableau 4 : Valeurs psychométriques des échelles

| N° | Echelle | Sensibilité | Spécificité | VPP | VPN | Coefficient alpha |
|----|---------|-------------|-------------|-----|-----|-------------------|
| 1 | CDI | NC | NC | NC | NC | 0,84 à 0,89 |
| 2 | CES-D | NC | NC | NC | NC | 0,85 à 0,87 |
| 3 | CES-DC | NC | 0,71 à 0,73 | NC | NC | 0,91 |
| 4 | RADS | 0,89 | 0,9 | NC | NC | 0,91 |
| 5 | DSD | NC | NC | NC | NC | 0,92 |
| 6 | CDI-10 | NC | NC | NC | NC | 0,75 |
| | CDI-LA | NC | NC | NC | NC | 0,85 |
| 7 | RADS | NC | NC | NC | NC | 0,936 |
| 8 | CES-DC | NC | NC | NC | NC | 0,67 |
| 9 | RADS-2K | NC | NC | NC | NC | 0,89 |

On peut constater qu'il manque énormément de valeurs psychométriques pour l'ensemble des articles. Seul le coefficient alpha de Cronbach est présent de manière systématique.

a) La sensibilité et la spécificité (Se et Sp)

Dans l'étude *Reliability and Validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with Young Adolescents* (28), l'échelle RADS présente une sensibilité de 0,89 et une spécificité de 0,90. Elle a donc une bonne capacité à donner un résultat positif quand le patient est malade et un résultat négatif quand le patient ne l'est pas.

Dans l'étude *Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies-Depression Child (CES-DC)* (19), l'échelle CES-DC présente une spécificité allant de 0,71 à 0,73 %.

La sensibilité et la spécificité ne sont pas précisées dans le reste des études.

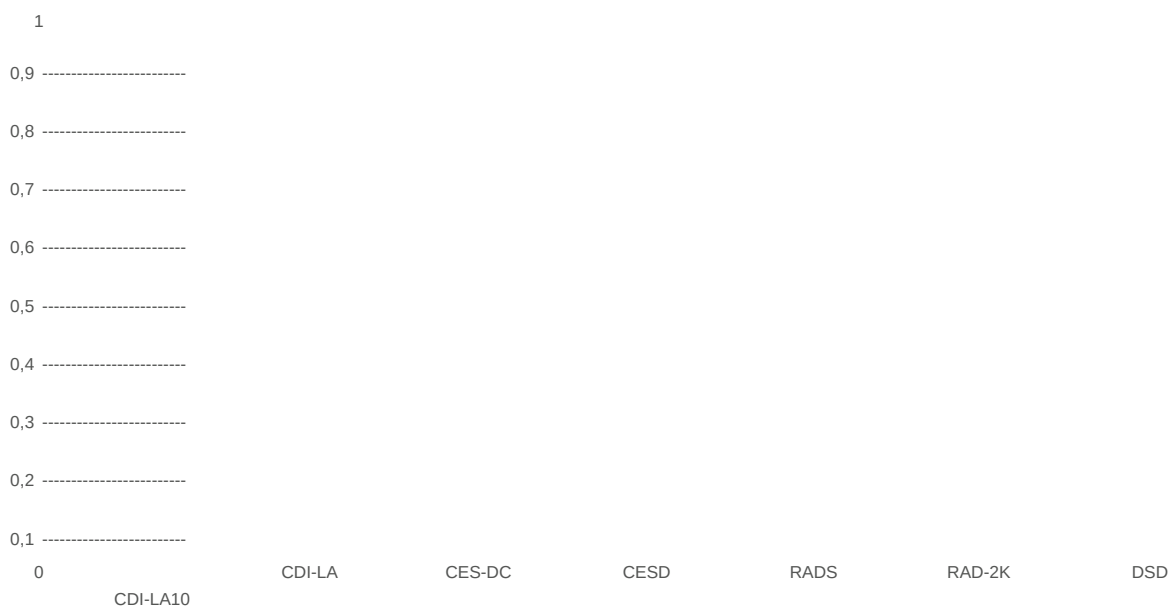
b) Les valeurs prédictives positives et négatives (VPP et VPN)

Les valeurs prédictives positives et négatives sont absentes de l'ensemble des études.

c) Le coefficient Cronbach

La figure 5 est un graphique en nuage de point représentant le coefficient de Cronbach retrouvé dans chaque article par échelle.

Figure 5 : Coefficient alpha de Cronbach par échelle



Une seule des échelles étudiée n'atteint pas le seuil d'acceptabilité de 0,7. Il s'agit de CES-DC dans l'étude *The Germon version of the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children: psychometric evaluation in a population-based survey of 7 to 17 years old children and adolescents - results of the BELLA study* (24), qui obtient un coefficient de 0,67. Cette échelle obtient cependant un coefficient de 0,91 dans l'étude *Depression among Swedish adolescents measured by the self-rating scale Center for Epidemiology Studies-Depression Child (CES-DC)* (19). Le reste des échelles étudié possède donc une bonne cohérence interne avec un coefficient alpha de Cronbach toujours supérieur au seuil de 0,7. Celle présentant la meilleure cohérence interne est l'échelle RADS avec un coefficient de 0,936.

Discussion

1. Analyse des résultats

a) Nombre d'items et temps de réalisation d'un questionnaire

D'après les données des différentes études, il n'y a pas de lien apparent entre le nombre d'items et le temps défini pour réaliser un test.

D'un point de vue pratique, dans le système de soin français, une consultation de médecine générale dure en moyenne 16 minutes (29). Une échelle dont le temps de réalisation est inférieur à ce temps serait donc idéale. L'échelle DSD semble donc beaucoup trop chronophage pour son utilisation en pratique. Toutes les autres échelles ont un temps de réalisation inférieure à 20 minutes.

De plus, une méta-analyse de 12 études réalisée par Mitchell et Coyne en 2007 montre que les tests de dépistage les plus performants sont les tests courts. Dans cette étude, on retrouve que les tests ne contenant qu'une question ne sont pas valides pour détecter la dépression en soin primaire (détectent 3 cas sur 10), alors que des tests comportant trois questions sont sensibles (détectent 8 cas sur 10). Il semble donc approprié d'utiliser des échelles avec peu de questions afin de faciliter son utilisation (30). L'échelle CES-D (20 items) est celle comportant le moins d'items, au contraire des échelles RADS (30 items) et CDI (27 items) qui en contiennent le plus.

b) Tranche d'âge

D'après la figure 4, l'âge des populations ciblées par les différentes études correspond majoritairement aux tranches d'âges établies par les échelles utilisées. La seule exception à cette règle est l'étude *The Reynolds Adolescent Depression Scale in New Zealand Adolescents* (RADS), un doute existe donc concernant la fiabilité de ses résultats. D'un point de vue pratique, utiliser une échelle développée pour une tranche d'âge large permet de couvrir un plus grand nombre de patient, et facilite ainsi la reproductibilité. Les échelles CDI et CES-DC semblent pertinentes dans ce contexte.

Il est intéressant de noter que l'échelle RADS ne concerne pas uniquement les enfants, mais également les jeunes adultes de 18 à 20 ans. On peut donc s'interroger sur la pertinence de l'utilisation de cette échelle à la place d'une échelle destinée aux adultes pour des patients âgés de moins de 21 ans.

c) Valeurs psychométriques

Toutes les échelles de dépistage analysées présentent une cohérence interne satisfaisante, avec un coefficient alpha de Cronbach supérieur à 0,8 ou 0,9. Pour rappel, une valeur supérieure à 0,7 est

considérée comme acceptable. Les seules exceptions sont l'échelle CES-DC dans l'étude *The German version of the centre for epidemiological studies depression scale for children: Psychometric evaluation in a population-based survey of 7 to 17years old children and adolescents - Results of the BELLA study* (24) qui présente un coefficient de 0,67, ainsi que l'échelle CDI-10 dans l'étude *Spanish Translation and Reliability Testing of the Child Depression Inventory* (22) qui présente un coefficient de 0,75.

La plupart des autres données psychométriques sont manquantes, excepté pour le RADS et le CES-D. Le RADS a une bonne sensibilité ainsi qu'une bonne spécificité, c'est à dire qu'il a une bonne capacité à donner un résultat positif quand le patient est malade et un résultat négatif quand le patient ne l'est pas. Le CES-DC quant à lui a une spécificité moyenne de 0,72.

2. Limite des études

a) Echantillonnage

Ces études ont été réalisées sur de nombreux continents avec une prédominance pour l'Amérique du Nord. Parmi les limitations exprimées par les auteurs, l'applicabilité des résultats à d'autres pays, ou d'autres ethnies, n'est pas possible. En effet, on retrouve dans ces études des tendances anormales pour certains items, souvent expliqués par l'origine ethnique de la population ciblée. Il est difficile d'envisager une utilisation de ces échelles à des fins de dépistage en France, ou à l'internationale, sans préalablement mener une étude afin de vérifier si ces échelles sont fiables pour ces populations.

De plus, toutes les échelles ont été évaluées sur des enfants de pays développés (Etats-Unis, Europe, Corée du sud). Malgré un niveau de vie similaire, ces pays présentent des caractéristiques de développement, de richesse et de soins différentes de celles de la France. Il aurait également été intéressant d'utiliser ces échelles sur des enfants issus de pays en développement afin de pouvoir observer si on obtenait des résultats similaires.

Sur les neuf études, seules deux ont été réalisées sur un échantillon national, dont un seul sur l'ensemble de la population, et pas seulement sur des enfants scolarisés. Toutes les autres études se concentrent sur quelques écoles, ou plus rarement sur de petites communautés choisies dans les deux cas de manière non randomisée. On peut alors s'interroger sur la validité des résultats pour la population générale, en particulier pour les enfants déscolarisés.

Aucune des études ne portent sur un échantillon francophone. D'un point de vue pratique, il est donc impossible d'après ces données de savoir si les traductions françaises existantes des différentes échelles

permettraient d'obtenir des résultats similaires.

b) Qualité méthodologique

La qualité méthodologique des articles a été évaluée grâce à l'échelle QUADAS-2 (cf. annexe 2 et 3), et elle est faible. La plupart des articles n'ont pas de test de référence, ce qui diminue leur validité interne. De plus, ils utilisent des petits échantillons de populations non randomisés. Il aurait été souhaitable d'effectuer une confirmation de diagnostic à l'aide d'un examen clinique de dépression selon les critères du DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder), la classification internationale des maladies (CIM-11), ou encore la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA).

3. Limite des échelles

a) Age et genre

Dans les études *Normative and reliability data for the children's depression inventory (17)* et *Spanish Translation and Reliability Testing of the Child Depression Inventory (22)*, les résultats suggèrent que l'âge et le genre de l'enfant ou de l'adolescent sont des facteurs pouvant interférer avec l'expression de l'épisode dépressif, et donc l'applicabilité des échelles. En ce qui concerne l'âge du sujet, on note une nette baisse de la cohérence interne des résultats pour les sujets les plus jeunes. En ce qui concerne le genre, aucune différence particulière n'est identifiée avant la période de puberté. Cependant, une fois entrée en période d'adolescence, on note des différences significatives entre homme et femme. Par exemple, la dépression a tendance à s'installer de manière plus durable chez les femmes que chez les hommes (test-retest à 1 an d'intervalle). De plus, sa manifestation clinique est très dépendante du sexe. Les sujets masculins présentent des symptômes extérieurs de dépression : désobéissance et mauvais comportement. En revanche, les sujets féminins ont tendance à interioriser leurs symptômes : tristesse, solitude, pleure, mauvaise image corporelle et mauvaise estime de soi (17).

b) Différences culturelles

Dans l'étude *Spanish Translation and Reliability Testing of the Child Dépression Inventory*, les sujets ont récemment immigré en Californie. Dans les résultats, certains symptômes sont surreprésentés à cause du traumatisme lié au déracinement culturel et géographique subit (22). Les échelles ne prévoient pas d'adapter le score ou d'écarter certains items et peuvent donc présenter un grand nombre de faux positifs selon les événements vécus par l'échantillon de population interrogé.

On retrouve une problématique similaire dans l'étude *Psychometric Properties of the DSM Scale for*

Dépression (DSD) with Korean-American Youths. En effet, l'item 29 de l'échelle RADS-2 interroge le sujet à propos de son appétit. Cependant, en Corée du sud, le surpoids est culturellement mal accepté. La majorité des adolescents font donc très attention à leur alimentation, et évite tout particulièrement de prendre du poids sans pour autant que ceci ne soit lié à la dépression (25). Le nombre de faux positifs augmente cette fois-ci à cause d'un facteur culturel.

c) Hétéro-questionnaire

Dans l'étude *The German version of the Centre for Epidemiological Studies Depression Scale for Children: psychometric evaluation in a population-based survey of 7 to 17 years old children and adolescents - results of the BELLA study*, les parents répondent également au questionnaire pour leur enfant. Cependant, comme le souligne l'étude, la fiabilité des réponses dans le cadre d'un hétéro-questionnaire est probablement moins bonne que dans le cadre d'un auto-questionnaire. En effet, la majorité des items portant sur des ressentis, la réponse du sujet concerné est nécessairement plus fidèle, et donc plus valide. De plus, si la personne tierce est adulte, elle aura tendance à répondre aux items comme s'ils concernaient un sujet adulte. L'étude suggère qu'on peut éventuellement utiliser les réponses de tiers comme un prédicteur ou une approximation (24).

d) Accessibilité

On peut déplorer que les échelles ne proposent pas de traductions officielles dans les langues les plus communément parlées à travers le globe. On peut également noter que certaines échelles sont payantes, comme par exemple RADS-2. Elles sont donc plus difficilement utilisables par tous les professionnels de santé.

4. Comparaison à la littérature scientifique

Dans cette revue de littérature, huit échelles de dépistage sont étudiées. Cependant, il en existe plusieurs qui ne sont pas mentionnées dans les études. De plus, chacune de ces échelles peut être déclinée en plusieurs révisions, variantes ou encore traductions. Il est difficile aujourd'hui de trouver une liste exhaustive recensant leur intégralité. La multitude d'échelles présentant chacune leurs avantages et leurs inconvénients empêche un consensus de la communauté scientifique internationale sur le choix d'une échelle commune pour le dépistage de la dépression chez l'enfant et l'adolescent.

Il existe à ce jour plusieurs revues de la littérature sur ce sujet. Une revue de 2014 étudie quatre échelles : CDI, BDI, CES-D et RADS. Deux revues de 2016 étudient quant à elles vingt échelles différentes.

Ces trois revues de littérature ne trouvent pas de données suffisantes dans les études analysées pour conclure à l'utilisation d'une échelle en particulier.

Dans les différentes thèses déjà effectuées dans le cadre de cette recherche ADODESP, les échelles CDI, CES-D, RADS sont abordées systématiquement. Il semble donc que ces trois échelles intéressent d'avantage la communauté scientifique sans pour autant que l'on puisse conclure à laquelle présente les meilleures caractéristiques pour une utilisation en tant qu'outil de dépistage en soin primaire.

5. Choix du questionnaire pour la pratique quotidienne

D'après les résultats et les limites précédemment cités, les critères permettant d'utiliser l'une des échelles de diagnostic en tant qu'échelle de dépistage sont les suivants :

- Rapide : un temps de réponse inférieur à 15 minutes.
- Compréhensible : adaptée à la population ciblée (culture, âge, genre).
- Reproductible : un résultat similaire quel que soit l'observateur externe.
- Valide : possédant de bonnes valeurs psychométriques.
- Accessible : gratuite et disponible sur internet.

On retrouve également deux points communs dans les différentes échelles étudiées :

- Elles sont toutes réalisables via un auto-questionnaire.
- Plusieurs domaines de la dépression sont explorés, notamment l'état psychique et somatique.

Dans les échelles analysées dans cette revue de littérature, le *RADS* répondrait le mieux aux critères demandés. C'est un auto-questionnaire sur la fréquence des ressentis explorant de multiples domaines. La durée de réalisation est raisonnable pour une consultation de ville : 10 à 15 minutes. Il a également une bonne sensibilité, spécificité et une bonne cohérence interne avec un coefficient de Cronbach supérieur à 0,9 dans toutes les études. Cependant, il présente certains défauts : le test est payant, et non traduit en français ce qui complique le dépistage en France. Il serait intéressant de faire une étude de validité sur une traduction française, car cette échelle semble prometteuse pour le dépistage de la dépression chez l'adolescent.

6. Forces de cette revue de littérature

Le premier point fort de cette revue est l'utilisation du protocole PRISMA. Celui-ci permet une

fiabilité et une reproductibilité des tests.

Le second point fort de cette revue de littérature est la double lecture rigoureuse par les deux chercheurs. Elle permet en effet de limiter le biais de sélection afin d'obtenir un consensus du groupe sur la liste définitive d'études à inclure.

Le troisième point fort concerne le nombre d'article issu de l'équation de recherche. En effet, 1343 articles ont été analysés avant de sélectionner les plus pertinents d'entre eux.

Enfin, le dernier point fort repose sur l'hétérogénéité des études sélectionnées. On observe tout d'abord une sélection sur des populations de plusieurs continents différents, avec des différences culturelles notables. On note également une variété sur la taille et l'âge des échantillons.

7. Biais de cette revue de littérature

Un biais de sélection existe, car l'équation de recherche a été utilisée sur un seul moteur de recherche : Scopus. Il aurait été intéressant de faire une revue de la littérature incluant les résultats de plusieurs moteurs de recherche.

Un autre biais de sélection existe, l'équation ne recherche que les articles anglophones et francophones.

Un biais de confusion existe peut-être concernant l'inclusion de l'étude *Spanish Translation and Reliability Testing of the Child Depression Inventory (22)*. En effet, son objectif principal est de valider la traduction espagnole de l'échelle CDI. Cependant, elle présente des résultats intéressants sur son utilisation dans un contexte de dépistage.

Notons également que cette revue de littérature est le premier travail de ce type pour les deux chercheurs pouvant amener à des biais d'information.

Conclusion

Cette revue de littérature avait pour objectif d'analyser les échelles utilisées dans le cadre du dépistage de la dépression de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans en soins primaires.

8 échelles de dépressions ont été retrouvées dans 9 publications scientifiques sélectionnées parmi 1343. L'analyse de ces études a permis d'identifier les critères déterminants afin de pouvoir utiliser ces questionnaires dans un cadre de dépistage, mais également de mieux sélectionner l'échelle à utiliser. Cependant, il existe encore de nombreux freins à leur utilisation pratique. En effet, un manque de traduction, une disponibilité parfois limitée ainsi qu'une absence de données psychométriques complètes sont autant de critères qui ralentissent leur adoption. De plus, ces échelles ne sont pas parfaites, leur efficacité peut se révéler variable selon l'âge, le genre et la culture du sujet interrogé. Il semble également difficile de conclure à l'usage d'une échelle en particulier.

Il est cependant intéressant de noter que dans l'étude *Spanish Translation and Reliability Testing of the Child Depression Inventory*, les résultats suggèrent l'intérêt de l'utilisation du dépistage à grande échelle sur la population générale. En effet, sur l'ensemble des adolescents identifiés comme étant dépressifs d'après l'échelle CDI (suivi d'une confirmation par un entretien clinique), aucun n'était suivi pour sa dépression. Aucun n'avait même signalé de symptômes de dépression à ses enseignants ou à l'administration de l'école. Ce point semble important car il aurait tendance à souligner l'intérêt du dépistage de la dépression chez l'adolescent.

L'ensemble des résultats de cette revue de littérature sont à relier aux résultats de mon binôme, mais également à ceux des autres chercheurs ayant effectué la même revue sur Scopus et d'autres moteurs de recherche tel que PubMed.

Bibliographie

1. Définitions : enfance - Dictionnaire de français Larousse. Disponible sur : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/enfance/29436> (consulté le 20/01/2021).
2. OMS | Développement des adolescents. Disponible sur : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/ (consulté le 20/01/2021).
3. Développement de l'adolescent - Pédiatrie - Édition professionnelle du Manuel MSD. Disponible sur : <https://www.msmanuals.com/fr/professional/pédiatrie/croissance-et-développement/développement-de-adolescent> (consulté le 18/05/2021).
4. Fiche n°3 LES SOINS PRIMAIRES. Disponible sur : <http://whqlibdoc.who.int/publications/9242800001.pdf> (consulté le 26/01/2021).
5. OMS | Dépression. World Health Organization; Disponible sur : <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe/depression-definition> (consulté le 20/01/2021).
6. ICD-11 - Mortality and Morbidity Statistics. Disponible sur : <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> (consulté le 28/01/2021).
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4^e éd. Washington; 2000.
8. Misés R. Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent - R-2012. 5^e éd. 2012.
9. Haute Autorité de Santé - Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours (consulté le 29/01/2021).
10. Haute Autorité de Santé - Dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ? Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795182/fr/depression-de-l-adolescent-comment-reperer-et-prendre-en-charge (consulté le 29/01/2021).
11. Brunelle J, Cohen D. LA DÉPRESSION CHEZ L'ADOLESCENT. 2014.
12. Estimation de la prévalence de l'épisode dépressif chez l'adolescent en France - EM consulte. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/article/692168> (consulté le 07/06/2021).
13. Haute Autorité de Santé - Dépistage : objectif et conditions. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2632453/fr/dépistage-objectif-et-conditions 2016 (consulté le 29/10/2021).
14. Roseman M, Kloda LA, Saadat N, et al. Accuracy of Depression Screening Tools to Detect Major Depression in Children and Adolescents: A Systematic Review. *Can J Psychiatry* 2016;61:746-57.
15. Stockings E, Degenhardt L, Lee YY, et al. Symptom screening scales for detecting major depressive disorder in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of reliability, validity and diagnostic utility. *J Affect Disord* 2015;174:447-63.
16. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. *Kinesithérapie* 2015;15:39-44.
17. Smucker MR, Craighead WE, Craighead LW, Green BJ. Normative and reliability data for the children's depression inventory. *J Abnorm Child Psychol* 1986;14:25-39.
18. Radloff LS. The use of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale in adolescents and young adults. *J Youth Adolesc* 1991;20:149-66.
19. Olsson G, von Knorring AL. Depression among Swedish adolescents measured by the self rating scale Center for Epidemiology Studies - Depression Child (CES-DC). *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997;6:81-7.
20. Reynolds WM, Mazza JJ. Reliability and Validity of the Reynolds Adolescent Depression Scale with Young Adolescents. *J Sch Psychol* 1998;36:295-312.
21. Choi H, Stafford L, Meininger JC, Roberts RE, Smith DP. Psychometric properties of the DSM scale for depression (DSD) with Korean-American youths. *Issues Ment Health Nurs* 2002;23:735-56.
22. Davanzo P, Kerwin L, Nikore V, Esparza C, Forness S, Murrelle L. Spanish translation and reliability testing of the child depression inventory. *Child Psychiatry Hum Dev* 2004;35:75-92.
23. Walker L, Merry S, Watson PD, Robinson E, Crengle S, Schaaf D. The Reynolds Adolescent Dépression Scale in New Zealand Adolescents. *Aust New Zeal J Psychiatry* 2005;39:136-40.

24. Barkmann C, Erhart M, Schulte-Markwort M. The german version of the centre for epidemiological studies depression scale for children: Psychometric evaluation in a population-based survey of 7 to 17 years old children and adolescents - Results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008;17:116-24.
25. Hyun MS, Nam KA, Kang HS, Reynolds WM. Reynolds Adolescent Depression Scale - Second Edition: Initial validation of the Korean version. *J Adv Nurs* 2009;65:642-51.
26. Radloff LS. The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. <http://dx.doi.org/101177/014662167700100306> 2016;1:385-401.
27. Faulstich ME, Carey MP, Ruggiero L, Enyart P, Gresham F. Assessment of depression in childhood and adolescence: An evaluation of the center for epidemiological studies depression scale for children (CES-DC). *Am J Psychiatry* 1986;143:1024-7.
28. Pedrelli P, Blais MA, Alpert JE, Shelton RC, Walker RSW, Fava M. Reliability and validity of the Symptoms of Depression Questionnaire (SDQ). *CNS Spectr* 2014;19:535-46.
29. La durée des séances des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes> (consulté le 04/11/2021).
30. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care?: A pooled analysis and meta-analysis of 22 studies. *Br J Gen Pract* 2007;57:144-51.

Annexes

Annexe 1 : PRISMA

Table 1. Checklist of items to include when reporting a systematic review (with or without meta-analysis).

| Section/Topic | # | Content | Report | »d | on |
|--|----|--|--------|----|----|
| TITLE | | | | | |
| Title | 1 | Identify Use report as a systematic review, meta-analysis, or both | | | |
| ABSTRACT | | | | | |
| Structured summary | 2 | Provide a structured summary including, as applicable: background, objectives, data sources, study eligibility criteria, participants, and interventions; study appraisal and synthesis methods, results, limitations; conclusions and implications of key findings; systematic review registration number | | | |
| INTRODUCTION | | | | | |
| 1. Justification | 1 | Justify the rationale for the review in the context of what is already known | | | |
| Objectives | 4 | Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICO). | | | |
| METHODS | | | | | |
| Protocol and registration | 5 | Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number | | | |
| Eligibility criteria | 6 | Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale | | | |
| Information sources | 7 | Describe all information sources (e.g., databases and dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched. | | | |
| Search | 8 | Present full search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated. | | | |
| Study selection | 9 | State the process for selecting studies (e.g., screening, eligibility, excluded in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis) | | | |
| Data collection process* | 10 | Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators. | | | |
| Data items* | 11 | List and define all variables for which data were extracted (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made | | | |
| Risk of bias in individual studies | 12 | Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of which items were assessed at the study or outcome level), and how this information was used to guide the synthesis | | | |
| Summary | 13 | State the principal summary measure (e.g., risk ratio, difference in means). | | | |
| Synthesis of results | 14 | Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I ²) for each meta-analysis | | | |
| Risk of bias across studies | 15 | Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting) | | | |
| Additional analyses | 16 | Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were prespecified | | | |
| RESULTS | | | | | |
| Study selection | 17 | Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusion at each stage, ideally with a flow diagram | | | |
| Study characteristics | 18 | For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citation. | | | |
| Risk of bias within individual studies | 19 | Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12) | | | |
| Results of individual studies | 20 | For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study (a) simple summary data for each intervention group and (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot | | | |
| Synthesis of results | 21 | Present results of meta-analysis done, including measures of inconsistency and measures of consistency | | | |
| Risk of bias across studies | 22 | Present results of any assessment of risk of bias across studies (see item 15) | | | |
| Additional analyses | 23 | Give results of additional analyses if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression) | | | |
| DISCUSSION | | | | | |
| Summary of findings | 24 | Summarize the main findings and strength of evidence for each main outcome, corroborate key findings with relevant data (e.g., health care providers, users, and policy makers). | | | |
| Limitations | 25 | Discuss limitations at study, outcome, and overall level (e.g., risk of bias) and all review level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias). | | | |
| Conclusions | 26 | Provide a transparent interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research | | | |

» undmg for 27 Describe source of funding for the systematic review and other support (e.g., sponsorship of data, role of funders the systematic review)

ekXi' 0.1171/Journal proed 10001001001

Annexe 2 : QUADAS-2

| Table 1. Risk of Bias and Applicability Judgments in QUADAS-2 | | | | |
|---|---|--|---|---|
| Domain | Patient Selection | Index Test | Reference Standard | Flow and Timing |
| Description | Describe methods of patient selection Describe included patients (previous testing, presentation, intended use of index test, and setting) | Describe the index test and the reference standard and how it was interpreted and conducted | Describe how it was conducted and how it was interpreted | Describe any patients who did not receive the index tests or reference standard or who were excluded from the 2 x 2 table (refer to flow diagram) Describe the interval and any interventions between index tests and the reference standard |
| Signaling questions (yes, no, unclear) | Was a consecutive or random sample of patients enrolled? Was a case-control design avoided? Did the study avoid inappropriate exclusions? | Were the index test results interpreted without knowledge of the results of the reference standard? If a threshold was used, was it prespecified? | Is the reference standard likely to correctly classify the target condition? Were the reference standard results interpreted without knowledge of the results of the index test? | Was there an appropriate interval between index tests and reference standard? Did all patients receive a reference standard? Did all patients receive |
| Risk of bias (high, low, unclear) | Could the selection have introduced bias? | Could the conduct of the index test have introduced bias? | Could the reference standard conduct, or its interpretation have introduced bias? | Could the patient flow have introduced bias? |
| Concerns about (high, low, or unclear) | Are there concerns included patients do not match the review question? | Are there concerns that its conduct, or its interpretation differ from the review question? | Are there concerns that the condition as defined by the reference standard does not match the review question? | |

Table 2. Suggested Tabular Presentation for QUADAS-2 Results

| Study | Risk of Bias | | | | Applicability | | |
|-------|-------------------|-------|--------------------|-----------------|-------------------|-------|--------------------|
| | Patient Selection | Index | Reference Standard | Flow and Timing | Patient Selection | Index | Reference Standard |
| 1 | S | ⊙ | & | ⊙ | | ⊙ | ⊙ |
| 2 | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | | ⊙ | ⊙ |
| 3 | ⊙ | ⊙ | ⊙ | ⊙ | | ⊙ | ⊙ |
| 4 | ⊙ | | ⊙ | ⊙ | | ⊙ | ⊙ |
| 5 | ⊙ | ? | ⊙ | ⊙ | | ⊙ | ⊙ |
| 6 | ⊙ | ? | ⊙ | ⊙ | | ? | ⊙ |
| 7 | ⊙ | ? | ⊙ | ⊙ | | ⊙ | ⊙ |
| 8 | ⊙ | ? | ⊙ | ⊙ | | ? | ⊙ |
| 9 | ⊙ | ? | ⊙ | ⊙ | | ⊙ | ⊙ |
| 10 | ⊙ | ? | ⊙ | ⊙ | | ⊙ | ⊙ |
| | ⊙ | ? | ⊙ | | ⊙ | ⊙ | ⊙ |

⊙ - low risk; ? - unclear risk; ⊕ - high risk

Annexe 3 : OUADAS-2 appliqué aux articles de cette revue de littérature

| Article | Risque de biais | | | | Applicabilité | | |
|---------|--------------------|-------------|----------------|---------------------|--------------------|-------------|----------------|
| | Sélection patients | Test étudié | Test référence | Flux et temporalité | Sélection patients | Test étudié | Test référence |
| 1 | - | + | - | ? | - | + | - |
| 2 | - | + | - | ? | - | + | - |
| 3 | + | + | - | ? | + | + | - |
| 4 | - | + | - | - | - | + | - |
| 5 | - | + | - | ? | - | + | - |
| 6 | - | + | + | ? | + | + | + |
| 7 | + | + | - | ? | + | + | + |
| 8 | + | + | - | - | + | + | - |
| 9 | - | + | - | ? | - | + | - |

Annexe 4 : Traduction française de l'échelle CDI

| N° | Propositions | Points |
|-----------|--|---------------|
| | Je suis triste de temps en temps | 0 |
| 1 | Je suis triste très souvent | 1 |
| | Je suis triste tout le temps | 2 |
| | Rien ne marchera jamais bien pour moi | 2 |
| 2 | Je ne suis pas sûr que tout marchera | 1 |
| | Tout marchera bien pour moi | 0 |
| | Je réussis presque tout ce que je fais | 0 |
| 3 | Je rate beaucoup de choses | rate |
| | Je rate tout | 1 |
| | Des tas de choses m'amuse | 2 |
| 4 | Peu de choses m'amuse | 0 |
| | Rien ne m'amuse | 1 |
| | Je suis désagréable tout le temps | 2 |
| 5 | Je suis désagréable | suis souvent |
| | Je suis désagréable de temps en temps | 1 |
| | De temps en temps, je pense que des choses désagréables vont m'arriver | 0 |
| 6 | J'ai peur que des choses désagréables m'arrivent | 0 |
| | Je suis sûr que des choses horribles vont m'arriver | 1 |
| | Je me déteste | 2 |
| 7 | Je ne m'aime pas | ne m'aime |
| | Je m'aime bien | 0 |
| | Tout ce qui ne va pas est de ma faute | 2 |
| 8 | Bien souvent, ce qui ne va pas est de ma faute | 1 |
| | Ce qui ne va pas n'est généralement pas de ma faute | 0 |
| | Je ne pense pas à me tuer | 0 |
| 9 | Je pense à me tuer mais je ne le ferai pas | 1 |
| | Je veux me tuer | 2 |
| | J'ai envie de pleurer tous les jours | 2 |
| 10 | J'ai souvent envie de pleurer | 1 |
| | J'ai envie de pleurer de temps en temps | 0 |
| | Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse / travaille | 2 |
| 11 | Il y a souvent quelque chose qui me tracasse / travaille | 1 |
| | Il y a de temps en temps quelque chose qui me tracasse / travaille | 0 |
| | J'aime bien être avec les autres | 0 |
| 12 | Souvent, je n'aime pas être avec les autres | 1 |
| | Je ne veux jamais être avec les autres | 2 |
| | Je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses | 2 |
| 13 | J'ai du mal à me décider entre plusieurs choses | 1 |
| | Je me décide facilement entre plusieurs choses | 0 |

| | | |
|----|---|---|
| | Je me trouve bien physiquement | 0 |
| 14 | Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique | 1 |
| | Je me trouve laid(e) | 2 |

| | | |
|----|---|----|
| | Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs | 2 |
| 15 | Je dois me forcer souvent pour faire mes devoirs | 1 |
| | <u>Ca ne me pose pas de problème de faire mes devoirs</u> | 0 |
| | J'ai toujours du mal à dormir la nuit | 2 |
| 16 | J'ai souvent du mal à dormir la nuit | 1 |
| | Je dors plutôt bien | 0 |
| | Je suis fatigué de temps en temps | 0 |
| 17 | Je suis souvent fatigué | 1 |
| | <u>Je suis tout le temps fatigué</u> | 2 |
| | La plupart du temps je n'ai pas envie de manger | 2 |
| 18 | Souvent je n'ai pas envie de manger | 1 |
| | <u>J'ai plutôt bon appétit</u> | 0 |
| | Je ne m'inquiète pas quand j'ai mal quelque part | 0 |
| 19 | Je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part | 1 |
| | Je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part | 2 |
| | Je ne me sens pas seul(e) | 0 |
| 20 | Je me sens souvent seul(e) | 1 |
| | <u>Je me sens toujours seul(e)</u> | 2 |
| | Je ne m'amuse jamais à l'école | 2 |
| 21 | Je m'amuse rarement à l'école | 1 |
| | Je m'amuse souvent à l'école | 0 |
| | J'ai beaucoup d'amis | 0 |
| 22 | J'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus | 1 |
| | Je n'ai aucun ami | 2 |
| | Mes résultats scolaires sont bons | 0 |
| | Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu'avant | 1 |
| | J'ai de mauvais résultats scolaires dans des matières où j'avais l'habitude de 2 bien réussir | 23 |
| | Je ne fais jamais aussi bien que les autres | 2 |
| 23 | Je peux faire aussi bien que les autres si je le veux | «L |
| | <u>Je ne fais ni mieux ni plus mal que les autres</u> | 0 |
| | Personne ne m'aime vraiment | 2 |
| 24 | Je me demande si quelqu'un m'aime | 1 |
| | <u>Je suis sûr que quelqu'un m'aime</u> | 0 |
| | Je fais généralement ce qu'on me dit | 0 |
| 25 | La plupart du temps je ne fais pas ce qu'on me dit | 1 |
| | Je ne fais jamais ce qu'on me dit | 2 |
| | Je m'entends bien avec les autres | 0 |
| 26 | Je me bagarre souvent | «L |
| | Je me bagarre tout le temps | 2 |

Instrucciones

Los jóvenes algunas veces tienen distintos sentimientos e ideas. Este formulario agrupa algunos sentimientos e ideas acerca de ti mismo. De cada grupo de tres frases, escoge una que te describa mejor durante los últimos 15 días.

No hay respuesta correcta ni equivocada. Sólo escoge la frase que mejor describa cómo te has sentido últimamente. Coloca una marca como esta [X] al lado de tu respuesta; pon la marca dentro del recuadro que está al lado de la respuesta escogida.

Después de escoger la frase del primer grupo, pasa al grupo siguiente. Después de que termines la primera página, continúa con la siguiente.

RECUERDA: DE CADA GRUPO DE TRES FRASES, SELECCIONA LA QUE MEJOR DESCRIBA COMO TE HAS SENTIDO DURANTE LAS ÚLTIMAS DOS SEMANAS.

1. Estoy triste de vez en cuando.
 Estoy triste muchas veces.
 Estoy triste todo el tiempo.

2. Las cosas nunca me saldrán bien.
 No estoy seguro(a) si las cosas me van a salir bien.
 Las cosas me van a salir bien.

3. Hago bien la mayoría de las cosas.
 Hago muchas cosas mal.
 Todo lo hago mal.

4. Muchas cosas me divierten.
 Solo algunas cosas me divierten.
 Nada me divierte.

5. Siempre me porto mal.
 Me porto mal muchas veces.
 A veces me porto mal.

6. A veces pienso que algo malo me va a pasar.
 Me preocupa que me vayan a pasar cosas malas.
 Estoy seguro(a) que me van a pasar cosas terribles.

7. Me odio a mi mismo(a).
 No me quiero a mi mismo(a).
 Me quiero a mi mismo(a).

8. Todas las cosas malas son mi culpa.
 Muchas cosas malas son mi culpa.
 Las cosas malas generalmente *no* son mi culpa.

9. No pienso en matarme.
 Pienso en matarme, pero no lo haría.
 Me quiero matar.

10. Siento ganas de llorar todos los días.
 Siento ganas de llorar muchos días.
 A veces siento ganas de llorar.

Por favor continúa con la siguiente página.

Recuerda, de cada tres selecciona la frase que mejor describa como te has sentido durante las últimas dos semanas.

11. Las cosas me molestan todo el tiempo.
 Las cosas me molestan muchas veces.
 Las cosas me molestan de vez en cuando.

12. Me gusta estar con la gente.
 Muchas veces no quiero estar con la gente.
 Nunca quiero estar con la gente.

13. No puedo tomar decisiones.
 Es difícil para mí tomar decisiones.
 Es fácil para mí tomar decisiones.

14. Me veo bien.
 Hay algunas cosas de mi apariencia que no me gustan.
 Me veo feo(a).

15. Siempre me tengo que obligar para hacer las tareas escolares.
 Muchas veces me tengo que obligar para hacer las tareas escolares.
 No tengo problemas para hacer las tareas escolares.

16. Duermo mal todas las noches.
 Muchas noches duermo mal.
 Duermo bastante bien.

17. Estoy cansado(a) de vez en cuando.
 Estoy cansado(a) muchos días.
 Estoy cansado(a) todo el tiempo.

18. La mayoría de los días no siento ganas de comer.
 Muchos días no siento ganas de comer.
 Como bastante bien.

19. Los dolores y malestares no me preocupan.
 Los dolores y malestares me preocupan muchas veces.
 Los dolores y malestares me preocupan todo el tiempo.

20. Nunca me siento solo(a).
 Muchas veces me siento solo(a).
 Todo el tiempo me siento solo(a).

21. Nunca me divierto en la escuela.
 Solo de vez en cuando me divierto en la escuela.
 Muchas veces me divierto en la escuela.

22. Tengo muchos amigos.
 Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
 No tengo amigos.

23. Me va bien en la escuela.
 No me va tan bien en la escuela como antes.
 Me va muy mal en materias en las que antes me iba bien.

24. Nunca puedo ser tan bueno como los otros compañeros.
 Si quiero puedo ser tan bueno como los otros compañeros.
 Soy tan bueno como los otros compañeros.

25. Realmente no hay nadie que me quiera.
 No estoy seguro(a) si alguien me quiere.
 Estoy seguro(a) que alguien me quiere.

26. Casi siempre hago lo que me dicen.
 Muchas veces *no* hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen.

27. Me llevo bien con la gente.
 Me meto en peleas muchas veces.
 Me meto en peleas todo el tiempo.

Gracias por tu colaboración.

Annexe 6 : Echelle CES-D

| N° | Propositions | DURING THE PAST WEEK | | | |
|----|---|----------------------|-----------------|-------------|--------------|
| 1 | <i>I was bothered by things that usually don't bother me.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 2 | <i>I did not feel like eating, I wasn't very hungry.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 3 | <i>I wasn't able to feel happy, even when my family or friends ^{No_f at ^} tried to help me feel better.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 4 | <i>I felt like I was just as good as other kids.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 5 | <i>I felt like I couldn't pay attention to what I was doing.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 6 | <i>I felt down and unhappy.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 7 | <i>I felt like I was too tired to do things.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 8 | <i>I felt like something good was going to happen.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 9 | <i>I felt like things I did before didn't work out right.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 10 | <i>I felt scared.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 11 | <i>I didn't sleep as well as I usually sleep.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 12 | <i>I was happy.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 13 | <i>I was more quiet than usual.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 14 | <i>I felt lonely, like I didn't have any friends.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 15 | <i>I felt like kids I know were not friendly or that they didn't want to be with me.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 16 | <i>I had a good time.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 17 | <i>I felt like crying.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 18 | <i>I felt sad.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 19 | <i>I felt people didn't like me.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |
| 20 | <i>It was hard to get started doing things.</i> | <i>Not at all</i> | <i>A little</i> | <i>Some</i> | <i>A lot</i> |

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.

PAULIN Mathilde

Quelles sont les échelles utilisées pour le dépistage de la dépression de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans en soins primaires ?

Une revue de littérature réalisée sur Scopus, portant sur les articles 2242 à 3321.

RESUME :

Introduction : La dépression est l'une des principales causes de morbidité et d'invalidité chez les enfants et les adolescents. La diagnostiquer est une problématique de santé publique particulièrement difficile à résoudre. En effet, elle est difficile à identifier du fait d'un large panel de symptômes. Le diagnostic est clinique, mais le repérage peut se faire à l'aide d'échelles de dépression. Cette revue de littérature a pour objectif de les analyser dans le cadre du dépistage de l'enfant et de l'adolescent de 6 à 18 ans en soins primaires.

Méthode : Revue systématique de littérature sur la base des résultats du moteur de recherche Scopus réalisée selon le protocole PRISMA. La bibliographie des articles inclus a été additionnée afin d'enrichir l'inclusion. La qualité méthodologique de l'ensemble de ces études a été évaluée à l'aide des critères QUADAS-2.

Résultats : Sur 1073 articles, 4 correspondaient aux critères d'inclusion et 5 issus de leur bibliographie ont été ajoutés. 8 échelles ont été analysées : CDI, CDI-10, CDI-LA, CES-D, CES-DC, RADS, RADS-2K et DSD. Leurs données psychométriques, leurs caractéristiques, et les spécificités des populations concernées ont été étudiées et comparées.

Discussion : L'analyse de ces études a permis d'identifier les critères déterminants afin de pouvoir utiliser les échelles dans un cadre de dépistage. Leur questionnaire doit être rapide, compréhensible, reproductible pour l'ensemble des patients, et accessible pour les soignants. Aucune échelle ne correspond à l'ensemble de ces critères, et elles manquent toutes cruellement de données psychométriques.

Conclusion : Il semble difficile de conclure à l'usage d'une échelle en particulier parmi les 8 sans mener de nouvelles recherches afin d'approfondir le sujet. Ces résultats sont à relier à ceux de mon binôme et à ceux des autres chercheurs ayant effectué le même type de revue.

MOTS CLES :

DEPRESSION, ENFANTS, ADOLESCENTS, ECHELLES, DEPISTAGE, REVUE DE LITTERATURE, SOINS PRIMAIRES

JURY :

Président Monsieur le Professeur **LE RESTE** Jean-Yves

Membres du jury Monsieur le Professeur **BRONSARD** Guillaume Monsieur le Docteur

STEPHAN Florian

DATE DE SOUTENANCE :

20 janvier 2021