

Caractéristiques cliniques des jeunes déprimés en pédopsychiatrie

Jean-Jacques Breton MD, MSc^{1,2,4}; Réal Labelle PhD^{1,3,4}; Christophe Huynh MSc, PhD(cand.)^{1,4}; Claude Berthiaume MSc¹; Marie St-Georges MPs¹; Jean-Marc Guilé MD, MSc^{1,4}

Résumé

Objectif: Décrire le profil clinique de jeunes déprimés selon le groupe d'âge et le sexe. **Méthodologie:** L'étude a été réalisée à l'aide d'une grille d'analyse sur 75 dossiers de jeunes de 6-17 ans enregistrés en pédopsychiatrie en 2002-2003 et présentant un diagnostic de trouble dépressif. Des statistiques descriptives et des tests d'association pour comparer les garçons 6-11 ans, les garçons 12-17 ans et les filles 12-17 ans ont été complétés. **Résultats:** Un jeune sur deux à l'adolescence a doublé une année scolaire. Près de 60% des garçons de 6-11 ans déprimés sont dirigés en pédopsychiatrie pour des difficultés comportementales et 71% des garçons de ce groupe d'âge présentent un trouble dépressif en comorbidité avec un trouble du comportement perturbateur. Les filles et garçons à l'adolescence présentent en plus grande proportion une symptomatologie intériorisée. Les idées suicidaires sont cependant aussi présentes chez les enfants (71%) que chez les adolescents (72%) et les adolescentes (85%). Les problèmes parent-enfant se retrouvent chez la majorité des jeunes, particulièrement chez les adolescentes. **Conclusion:** Il est tout aussi important d'évaluer la dépression et l'idéation suicidaire chez les jeunes garçons avec troubles de comportement que chez les adolescents et les adolescentes et la dimension familiale est importante à considérer dans l'évaluation et le traitement.

Mots-clés: troubles dépressifs, idées suicidaires, enfant et adolescent, étude de dossiers

Introduction

L'étude de dossiers constitue un moyen accessible et peu coûteux pour obtenir de l'information sur le profil clinique des enfants et adolescents pris en charge en pédopsychiatrie. De telles études permettent d'ajuster les modalités d'évaluation et de traitement en fonction des caractéristiques cliniques des jeunes et de leurs familles. L'analyse des données permet également de générer des hypothèses de recherche (Gearing, Mian, Barber, & Ickowicz., 2006).

Un examen des études récentes sur les populations cliniques indique que les jeunes sont dirigés en pédopsychiatrie pour hyperactivité (18%), distractibilité (17,5%) et échec scolaire (15,7%) (Aras, Varol Tas, & Unlu, 2007). Les diagnostics les plus fréquemment posés sont les troubles d'adaptation (17,5%), les troubles du comportement perturbateur

(12,7%), les troubles anxieux (8,8-12,8%), les troubles de l'humeur (8,0-8,8%) et le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (7,2%) (Aras et al., 2007; Dean, McDermott, & Marshall, 2006). L'idéation suicidaire et la tentative de suicide sont rapportées chez respectivement 12% et 10% des jeunes (Dean et al., 2006). Un patient sur quatre est médicamenteux et la pharmacothérapie est associée à une durée de traitement plus longue, les patients sous médication ayant un suivi de $32,3 \pm 23,0$ semaines en comparaison de $11,4 \pm 16,9$ semaines pour les autres (Dean et al., 2006). Ces études descriptives, comme plusieurs autres au cours des dernières décennies, couvrent l'ensemble des jeunes pris en charge dans un service de pédopsychiatrie. D'autres recherches ciblent les conduites suicidaires (Jay, Graham, & Flowers, 1989; Milling, Gyure, Davenport, & Bair, 1991), l'automutilation (Jacobson, Muehlenkamp, Miller,

¹Service de recherche, Hôpital Rivière-des-Prairies et Centre de recherche Fernand-Seguin, Montréal, Québec

²Groupe McGill d'études sur le suicide, Université McGill, Montréal, Québec

³Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, Université du Québec à Montréal, Montréal, Québec

⁴Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal, Québec

Auteur correspondant: jj.breton.hrdp@sss.gouv.qc.ca

soumis: 13 février 2011; accepté: 27 mai 2011

& Truner, 2008), l'abandon du traitement (Ottino, 1995) ou l'utilisation de catégories de psychotropes comme les antidépresseurs (Wilens et al., 2003), les thymorégulateurs (DelBello et al., 2002) ou les antipsychotiques (Marchand, Wirth, & Simon, 2004).

En termes de symptomatologie dépressive, une étude en clinique externe indique que les garçons présentent plus souvent des difficultés de concentration et autres symptômes cognitifs, tandis que les filles tendent à avoir une plus faible estime de soi (Fu & Wang, 2008). Une étude sur le devenir des enfants et adolescents hospitalisés pour un trouble dépressif majeur un à cinq ans plus tard révèle une rémission complète de l'épisode dépressif initial à l'intérieur d'un an pour 98% de ces jeunes. Cependant 61% des jeunes présentaient un nouvel épisode dépressif au cours de la période de suivi, dont 47% lors de la première année (Emslie et al., 1997). Dans une étude sur l'automutilation chez les adolescents à partir des dossiers de clinique externe, les diagnostics les plus fréquents étaient le trouble dépressif majeur (52%) et les troubles anxieux (36%), indépendamment de la présence d'automutilation. Un adolescent sur cinq présentait un trouble de personnalité limite (Jacobson et al., 2008).

Au total, on retrouve peu d'études descriptives sur les populations cliniques de jeunes présentant des troubles dépressifs alors que cette catégorie de troubles mentaux est la plus associée aux conduites suicidaires des enfants et adolescents et que de 15 à 20% des adolescents dans la population générale présentent un trouble dépressif. L'étude proposée vise ainsi à décrire les caractéristiques cliniques de jeunes déprimés pris en charge en pédopsychiatrie selon le groupe d'âge et le sexe et à présenter les implications cliniques des résultats.

Méthodologie

L'étude rétrospective de dossiers a été complétée au Programme de pédopsychiatrie de l'Hôpital Rivière-des-Prairies, un centre de soins pédopsychiatriques affilié à l'Université de Montréal. Au cours de l'année 2002-2003, 450 enfants et adolescents ont été enregistrés dont 81 (18%) présentaient un diagnostic clinique de trouble dépressif posé par un pédopsychiatre à partir de toute l'information disponible au dossier (*best estimate*). Deux enfants d'âge préscolaire ont été exclus de l'étude pour un total de 79 dossiers retenus. L'accord du Directeur des services professionnels a été obtenu pour que chercheurs et assistantes de recherche aient accès au contenu des dossiers.

Une grille d'analyse de dossier s'inspirant d'études antérieures au Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies a été réalisée par les deux premiers auteurs. Ils ont coté les items de cette grille en révisant ensemble le contenu de dix dossiers au Service des archives puis la grille d'analyse a été complétée séparément par chaque assistante de recherche pour dix autres dossiers afin d'assurer une compréhension semblable des items. Au terme de rencontres

entre les deux assistantes et les chercheurs, une version définitive de la grille a été produite. Les items ont été regroupés en sept catégories soit les caractéristiques sociodémographiques, la demande de services, les événements de vie, les symptômes, les diagnostics selon les cinq axes du DSM-IV, les types de traitement et les raisons de fermeture du dossier. La collecte des données a été réalisée de juillet à novembre 2004.

Dans un premier temps, les données ont été analysées selon le sexe en regroupant les deux groupes d'âge. L'interprétation s'est révélée certes informative sur l'influence de la variable sexe (révélant par exemple que les garçons de 6-17 ans présentaient plus de troubles dépressifs en comorbidité avec des troubles du comportement perturbateur que les filles de 6-17 ans) mais elle ne permettait pas d'apprécier l'impact des groupes d'âge sur les caractéristiques cliniques (Breton et al., 2005). Dans un deuxième temps, d'autres analyses ont été réalisées sur trois groupes formés des garçons 6-11 ans et de 12-17 ans ainsi que des filles 12-17 ans. Le groupe des filles 6-11 ans n'a pu être retenu car il ne comprenait que quatre sujets. Les données ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS. Des tests d'association ont été effectués afin de comparer les groupes. Le seuil de signification a été fixé à 0,05. En raison du caractère exploratoire de l'étude et du nombre restreint de sujets, aucune correction n'a été appliquée pour la multiplicité des tests. Ces corrections deviennent rapidement trop conservatrices lorsque le nombre de tests est élevé et que les différentes mesures à l'origine des tests statistiques sont fortement corrélées.

Résultats

Les jeunes vivent dans des proportions semblables en famille biparentale et en famille monoparentale et 24% font partie d'une famille reconstituée. Un jeune sur quatre est d'une origine ethnique autre que québécoise de souche. Près d'un jeune sur deux à l'adolescence a doublé une année scolaire et la différence de proportion entre les trois groupes formés des garçons 6-11 ans, des garçons de 12-17 ans et des filles de 12-17 ans est significative ($p=0,010$; $\chi^2=9,15$; $dl=2$). Les trois groupes diffèrent significativement pour les motifs de consultation ($p=0,017$; $\chi^2=18,63$; $dl=8$). En effet, les difficultés comportementales constituent le motif de consultation pour une plus grande proportion de garçons 6-11 ans (59%) en comparaison des deux groupes adolescents (32% pour les garçons 12-17 ans et 9% pour les filles). À l'opposé, les adolescentes consultent dans une proportion plus élevée pour des manifestations de dépression ($p=0,002$; $\chi^2=16,44$; $dl=4$).

L'analyse des événements de vie révèle une différence significative entre les trois groupes pour les disputes parentales ($p=0,036$; $\chi^2=6,65$; $dl=2$), retrouvées en proportion plus élevée chez les garçons que les filles (garçons 6-11 ans vs. filles: $p=0,020$; $\chi^2=5,45$; $dl=1$; garçons 12-17 ans vs. filles: $p=0,049$; $\chi^2=3,87$; $dl=1$), et l'arrivée/départ d'un

Tableau 1. Données sociodémographiques				
	Garçons		Filles	Total
	6-11 ans (n=17)	12-17 ans (n=25)	12-17 ans (n=33)	6-17 ans (n=75)
Structure familiale				
Biparentale	5 (29%)	11 (44%)	13 (39%)	29 (39%)
Monoparentale	8 (47%)	5 (20%)	15 (46%)	28 (37%)
Reconstituée	4 (24%)	9 (36%)	5 (15%)	18 (24%)
Origine ethnique				
Québécois	13 (77%)	16 (64%)	28 (85%)	57 (76%)
Autres (Amérique centrale et du Sud, Europe, Asie)	4 (24%)	9 (36%)	5 (15%)	18 (24%)
Scolarité—année doublée *				
Oui ^a	2 (12%)	13 (59%)	13 (45%)	28 (41%)

* Ces données ne sont pas disponibles pour trois garçons âgés de 12 à 17 ans et quatre filles de 12 à 17 ans.
^a p ≤ 0,01.

Tableau 2. Demande de services				
	Garçons		Filles	Total
	6-11 ans (n=17)	12-17 ans (n=25)	12-17 ans (n=33)	6-17 ans (n=75)
Source de référence – type de service				
Centre hospitalier	4 (24%)	9 (36%)	20 (61%)	33 (44%)
Clinique médicale	6 (35%)	5 (20%)	4 (12%)	15 (20%)
CLSC	3 (18%)	6 (24%)	4 (12%)	13 (17%)
Centre jeunesse	1 (6%)	4 (16%)	3 (9%)	8 (11%)
École	3 (18%)	1 (4%)	2 (6%)	6 (8%)
Motifs de consultation ^a				
Manifestations de dépression avec conduites suicidaires	3 (18%)	7 (28%)	15 (46%)	25 (33%)
Difficultés comportementales	10 (59%)	8 (32%)	3 (9%)	21 (28%)
Manifestations de dépression	1 (6%)	5 (20%)	8 (24%)	14 (19%)
Inquiétudes et nervosité	2 (12%)	4 (16%)	2 (6%)	8 (11%)
Manifestations de dépression avec difficultés comportementales	1 (6%)	1 (4%)	5 (15%)	7 (9%)

^a p ≤ 0,05

conjoint ($p=0,043$; $\chi^2=6,31$; $dl=2$) retrouvée en proportion plus élevée chez les jeunes garçons que les adolescentes ($p=0,012$; $\chi^2=6,27$; $dl=1$). Au sujet de la symptomatologie, un trouble relationnel parent-enfant est rapporté pour 80% des jeunes, la différence étant significative entre les trois groupes ($p=0,011$; $\chi^2=9,02$; $dl=2$), un trouble relationnel étant rapporté en plus grande proportion chez les adolescentes que chez les garçons de 6-11 ans ($p=0,002$; $\chi^2=9,37$; $dl=1$). La proportion de sujets ayant des idées suicidaires est aussi élevée chez les jeunes garçons (71%) que dans les deux groupes adolescents (72% et 85%). Il existe une différence significative entre les trois groupes pour la demande d'attention ($p=0,014$; $\chi^2=8,56$; $dl=2$), la proportion étant plus élevée chez les jeunes garçons que chez les plus âgés ($p=0,047$; $\chi^2=3,95$; $dl=1$) et chez les jeunes garçons en comparaison des adolescentes ($p=0,003$; $\chi^2=8,56$; $dl=1$). Des

différences significatives sont observées pour la tristesse entre les groupes ($p=0,043$; $\chi^2=6,27$; $dl=2$), la proportion étant significativement plus élevée chez les adolescentes que chez les jeunes garçons ($p=0,007$; $\chi^2=7,22$; $dl=1$). Il existe également une différence significative entre les groupes pour la perte d'intérêt ($p<0,001$; $\chi^2=21,36$; $dl=2$), la proportion étant significativement moins élevée chez les jeunes garçons que chez les adolescents ($p=0,013$; $\chi^2=6,18$; $dl=1$) et les adolescentes ($p<0,001$; $\chi^2=21,51$; $dl=1$). Au total, 63% des jeunes rapportent un trouble du sommeil, les proportions étant semblables d'un groupe à l'autre.

L'analyse des diagnostics révèle des différences significatives à l'axe I entre les trois groupes ($p=0,002$; $\chi^2=16,81$; $dl=4$). Les jeunes garçons présentent dans une proportion plus grande un trouble dépressif en comorbidité avec des troubles du comportement perturbateur que les adolescents

Tableau 3. Événements de vie et symptômes les plus fréquents

	Garçons		Filles	Total
	6-11 ans (n=17)	12-17 ans (n=25)	12-17 ans (n=33)	6-17 ans (n=75)
Événements de vie				
Séparation ou divorce des parents	13 (77%)	14 (56%)	18 (55%)	45 (60%)
Naissance d'un autre enfant	11 (65%)	17 (68%)	17 (52%)	45 (60%)
Mésentente et/ou violence conjugale	12 (71%)	14 (56%)	12 (36%)	38 (51%)
Disputes parentales ^a	11 (65%)	14 (56%)	10 (30%)	35 (47%)
Arrivée d'un nouveau conjoint ou Conjoint quitte le foyer ^a	12 (71%)	11 (44%)	11 (33%)	34 (45%)
Symptomatologie				
Trouble relation parent-enfant ^a	10 (59%)	19 (76%)	31 (94%)	60 (80%)
Triste ^a	10 (59%)	18 (72%)	30 (91%)	58 (77%)
Idées suicidaires	12 (71%)	18 (72%)	28 (85%)	58 (77%)
Anxiété	14 (82%)	16 (64%)	25 (76%)	55 (73%)
Difficulté à se concentrer ^a	14 (82%)	19 (76%)	17 (52%)	50 (67%)
Difficulté de rendement scolaire ^a	14 (82%)	19 (76%)	15 (46%)	48 (64%)
Difficulté à dormir	10 (59%)	15 (60%)	22 (67%)	47 (63%)
Faible estime de soi	9 (53%)	18 (72%)	19 (58%)	46 (61%)
Demande d'attention ^a	15 (88%)	15 (60%)	15 (46%)	45 (60%)
Perte d'intérêt ^b	3 (18%)	14 (56%)	28 (85%)	45 (60%)
Ne réussit pas selon son potentiel à l'école	12 (71%)	15 (60%)	17 (52%)	44 (59%)
Opposition, sarcastique, hostilité	12 (71%)	15 (60%)	15 (46%)	42 (56%)
Accès de colère	10 (59%)	17 (68%)	14 (42%)	41 (55%)
Se sent dévalorisé	5 (29%)	14 (56%)	20 (61%)	39 (52%)
Difficile à contrôler ^a	11 (65%)	17 (68%)	11 (33%)	39 (52%)

^a p ≤ 0,05^b p ≤ 0,01

et les adolescentes; cette différence se situe plus précisément entre les jeunes garçons et les adolescentes ($p < 0,001$; $\chi^2 = 16,78$; $df = 2$). À l'axe 4, les difficultés familiales rapportées par 68% des jeunes constituent la principale source de problèmes psycho-sociaux.

L'analyse selon les traitements montre une différence significative entre les trois groupes pour ce qui est du type de médicament, les antidépresseurs n'étant pas utilisés chez les jeunes garçons ($p = 0,006$; $\chi^2 = 17,91$; $df = 6$). L'analyse des raisons de la fermeture du dossier montre une différence significative entre les trois groupes ($p = 0,037$; $\chi^2 = 10,21$; $df = 4$), le manque de motivation se retrouvant dans une proportion significativement moins élevée chez les jeunes garçons que chez les adolescents ($p = 0,039$; $\chi^2 = 6,51$; $df = 2$) et les adolescentes ($p = 0,008$; $\chi^2 = 9,75$; $df = 2$).

Discussion

Cette étude, comme toutes les études de dossiers cliniques, comporte des limites. Les informations colligées lors des différentes étapes de la constitution du dossier peuvent être

incomplètes et des erreurs peuvent survenir lors de la codification des données par les assistantes de recherche. De plus, cette étude est complétée dans un contexte particulier de soins. Enfin, l'absence d'un groupe composé de filles 6-11 ans ne permet pas de caractériser ce sous-groupe d'âge.

L'échec scolaire touche un jeune sur deux à l'adolescence, ce qui peut contribuer à l'état dépressif et suggère que la prise en compte du fonctionnement cognitif de ces jeunes serait pertinente pour la définition du plan d'intervention. Le trouble relationnel parents-enfant se retrouve en proportion élevée chez les jeunes des trois groupes mais particulièrement chez les adolescentes. Les conflits mère-fille associés à des demandes de soumission seraient corrélés à une symptomatologie dépressive plus intense (Zahn-Waxler, Shirtcliff, & Marceau, 2008). La dynamique familiale se révèle ainsi une dimension importante à considérer lors de l'évaluation et de l'intervention psychiatrique (Ville-neuve, 2006),

La dépression chez les garçons de 6-11 ans se vit plus sur un mode comportemental que dans les deux groupes

Tableau 4. Diagnostics selon le DSM-IV-TR				
	Garçons		Filles	Total
	6-11 ans	12-17 ans	12-17 ans	6-17 ans
Axe I ^a	(n=17)	(n=25)	(n=33)	(n=75)
Trouble dépressif majeur, dysthymie	2 (12%)	10 (40%)	21 (64%)	33 (44%)
Trouble dépressif avec TDAH/TOP/ Trouble des conduites	12 (71%)	10 (40%)	5 (15%)	27 (36%)
Trouble dépressif avec trouble anxieux	3 (18 %)	5 (20%)	7 (21%)	15 (20%)
Axe II	(n=15)	(n=23)	(n=31)	(n=69)
Retard mental ou fonctionnement intellectuel limité	2 (13%)	1 (4%)	2 (7%)	5 (7%)
Traits de personnalité	1 (7%)	4 (17%)	1 (3%)	6 (9%)
Aucun	12 (80%)	18 (78%)	28 (90%)	58 (84%)
Axe III	(n=17)	(n=23)	(n=33)	(n=73)
Présence	5 (29%)	6 (26%)	7 (21%)	18 (25%)
Axe IV	(n=17)	(n=25)	(n=33)	(n=75)
Difficultés familiales	12 (71%)	17 (68%)	22 (67%)	51(68%)
Difficultés scolaires	4 (24%)	1 (4%)	3 (9%)	8 (11%)
Autres difficultés	0 (0%)	4 (16%)	1 (3%)	5 (7%)
Aucun	1 (6%)	3 (12%)	7 (21%)	11 (15%)
Axe V	(n=16)	(n=23)	(n=33)	(n=72)
Léger (61-100)	5 (31%)	5 (22%)	10 (30%)	20 (28%)
Moyen et élevé (0-60)	11 (69%)	18 (78%)	23 (70%)	52 (72%)

^a p ≤ 0,01

Tableau 5. Types de traitement et raisons de fermeture				
	Garçons		Filles	Total
	6-11 ans	12-17 ans	12-17 ans	6-17 ans
Types de traitement				
Psychothérapie	(n=16) 13 (81%)	(n=23) 13 (57%)	(n=27) 20 (74%)	(n=66) 46 (70%)
Intervention auprès des parents ou de la famille	(n=16) 9 (56%)	(n=23) 9 (39%)	(n=29) 9 (31%)	(n=68) 27 (40%)
Thérapie médicamenteuse de l'enfant	(n=16)	(n=23)	(n=30)	(n=69)
Présence d'une prescription	10 (63%)	18 (78%)	22 (73%)	50 (73%)
Type de médication ^a				
Antidépresseurs ou thymorégulateurs seuls	0 (0%)	5 (22%)	15 (50%)	20 (29%)
Antidépresseurs en association	6 (38%)	6 (26%)	6 (20%)	18 (26%)
Autres	4 (25%)	7 (30%)	1 (3%)	12 (17%)
Hospitalisation (24 heures ou de jour)	(n=16) 2 (13%)	(n=24) 6 (25%)	(n=30) 8 (27%)	(n=70) 16 (23%)
Raisons de fermeture ^b	(n=7)	(n=10)	(n=18)	(n=35)
Amélioration	5 (71%)	3 (30%)	3 (17%)	11 (31%)
Manque de motivation	0 (0%)	6 (60%)	12 (67%)	18 (51%)
Transfert/déménagement	2 (29%)	1 (10%)	3 (17%)	6 (17%)

^a p ≤ 0,01
^b p ≤ 0,05

adolescents puisque que plus de 50% des jeunes garçons avec un diagnostic de trouble dépressif sont référés pour des comportements perturbateurs. Certes, des difficultés comportementales peuvent dissimuler des symptômes dépressifs et il semble bien que la dépression sans problèmes de comportement puisse passer inaperçue dans ce groupe d'âge. Cette hypothèse pourrait d'ailleurs expliquer que seulement quatre filles déprimées de 6 à 11 ans se retrouvent dans cette étude, les filles de 6 à 11 ans présentant dans la population générale une prévalence moins élevée de troubles du comportement perturbateur que les garçons de 6 à 11 ans et par ailleurs une prévalence des troubles dépressifs comparable à celle des garçons (Birmaher et al., 1996; Breton et al., 1999). Les jeunes garçons demandent également plus d'attention (88% versus 46-60% pour les groupes adolescents), ce qui peut être aussi compris comme un appel à l'aide, et non uniquement comme un comportement perturbateur.

Les idées suicidaires sont presque aussi fréquentes chez les enfants (71%) que chez les adolescents (72%) et adolescentes (84%). Ainsi, la proportion d'enfants déprimés qui ont des idées suicidaires en milieu clinique est loin d'être marginale, ce qui suggère la pertinence de dépister la présence d'idées suicidaires chez les jeunes enfants adressés en pédopsychiatrie. Des symptômes principalement internalisés tels la tristesse (72%), l'anxiété (64%), les idées suicidaires (72%) se retrouvent tant chez les adolescents que chez les adolescentes (91%, 76% et 85% respectivement). Les adolescents manifestent cependant plus de difficultés scolaires que les adolescentes. Les jeunes garçons et les adolescents présentent en proportion plus élevée des difficultés de concentration, tout comme dans l'étude de Fu & Wang (2008), où les filles cependant tendent à avoir une plus faible estime de soi, ce qui n'est pas observé dans cette étude. Les difficultés de sommeil, observés chez 10% des adolescents de la population générale, sont rapportées par une majorité des jeunes dans l'étude, ce qui confirme l'importance d'évaluer ce symptôme dans le trouble dépressif (Roberts, Roberts, & Xing, 2011)

Cinquante et un pour cent des adolescents dont le dossier a été fermé ont abandonné le traitement par manque de motivation. Cette proportion élevée est observée dans d'autres études (Ottino, 1995). L'adhérence au traitement est faible chez les adolescents suicidaires avec des taux d'abandon entre 41,3% et 57,7% (Burns, Cortell, & Wagner, 2008). Plusieurs études ont tenté d'identifier différents déterminants pour prédire l'abandon du traitement chez les adolescents suicidaires avec des résultats variables (Granboulan, Roudot-Thoraval, Lemerle, & Alvin, 2001; King, Hovey, Brand, Wilson, & Ghaziuddin, 1997; Ottino, 1995; Piacentini et al., 1995; Rotheram-Borus et al., 1999), ce qui pourrait s'expliquer en partie par la difficulté à définir le concept d'abandon. En contrepartie, le manque de motivation ne constitue pas le motif de fin de traitement chez les

garçons de 6-11 ans dont les dossiers ont été fermés dans notre échantillon en raison d'une amélioration.

Conclusion

Le profil clinique des jeunes déprimés consultant en pédopsychiatrie, tel qu'il apparaît dans notre étude, confirme que la dépression chez l'enfant prépubère est étroitement liée à des troubles externalisés. Ceci se manifeste aussi bien par les motifs de consultation que par la symptomatologie observée et les diagnostics. L'étude indique, par ailleurs, que l'idéation suicidaire est aussi bien présente chez les garçons de 6-11 ans que chez les adolescents, garçons et filles. Eu égard au risque suicidaire, ce constat appelle à une grande vigilance de la part des cliniciens. Toute évaluation des troubles du comportement perturbateur chez les garçons de 6-11 ans devrait inclure le dépistage d'une symptomatologie dépressive. L'importance des dimensions relationnelle et familiale contribuant au développement de la dépression dans les trois groupes confirme la pertinence d'une approche systémique dans l'évaluation et le traitement des jeunes déprimés.

Remerciements / Conflits d'intérêts

Les auteurs remercient Sophie Huneau, B.Sc. et Andréa Martin, Ph.D. qui ont agi comme assistantes de recherche pour la collecte des données.

Références

- Aras, S., Varol Tas, F., & Unlu, G. (2007). Medication prescribing practices in a child and adolescent psychiatry outpatient clinic. *Child: Care, Health and Development*, 33(4), 482-490.
- Birmaher, B., Ryan, N. D., Williamson, D. E., Brent, D. A., Kaufman, J., Dahl, R. E.,...Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(11), 1427-1439.
- Breton, J. J., Bergeron, L., Valla, J. P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J.,...Lépine, S. (1999). Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM-III-R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 375-384.
- Breton, J. J., Labelle, R., Berthiaume, C., Guile, J. M., St-Georges, M., Huneau, S., Martin A. (2005). *Caractéristiques cliniques de jeunes déprimés pris en charge en pédopsychiatrie*. 39ième congrès de l'Association des médecins psychiatres du Québec, Paris.
- Burns, C. D., Cortell, R., & Wagner, B. M. (2008). Treatment compliance in adolescents after attempted suicide: A 2-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(8), 948-957.
- Dean, A. J., McDermott, B. M., & Marshall, R. T. (2006). Psychotropic medication utilization in a child and adolescent mental health service. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 16(3), 273-285.
- DelBello, M. P., Kowatch, R. A., Warner, J., Schwiers, M. L., Rappaport, K. B., Daniels, J. P.,...Strakowski, S. M. (2002). Adjunctive topiramate treatment for pediatric bipolar disorder: A retrospective chart review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 12(4), 323-330.
- Emslie, G. J., Rush, A. J., Weinberg, W. A., Gullion, C. M., Rintelmann, J., & Hughes, C. W. (1997). Recurrence of major depressive disorder in hospitalized children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(6), 785-792.

- Fu, I. L., & Wang, Y. P. (2008). Comparison of demographic and clinical characteristics between children and adolescents with major depressive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(2), 124-131.
- Gearing, R. E., Mian, I. A., Barber, J., & Ickowicz, A. (2006). A methodology for conducting retrospective chart review research in child and adolescent psychiatry. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 15(3), 126-134.
- Granboulan, V., Roudot-Thoraval, F., Lemerle, S., & Alvin, P. (2001). Predictive factors of post-discharge follow-up care among adolescent suicide attempters. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(1), 31-36.
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37(2), 363-375.
- Jay, M. S., Graham, C. J., & Flowers, C. (1989). Adolescent suicide attempters presenting to a pediatric facility. *Adolescence*, 24(94), 467-472.
- King, C. A., Hovey, J. D., Brand, E., Wilson, R., & Ghaziuddin, N. (1997). Suicidal adolescents after hospitalization: Parent and family impacts on treatment follow-through. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 85-93.
- Marchand, W. R., Wirth, L., & Simon, C. (2004). Quetiapine adjunctive and monotherapy for pediatric bipolar disorder: A retrospective chart review. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 14(3), 405-411.
- Milling, L., Gyure, K., Davenport, C. W., & Bair, P. (1991). Suicidal behavior among psychiatric outpatient children: An estimate of prevalence. *Child Psychiatry and Human Development*, 21(4), 283-289.
- Ottino, J. (1995). Suicidal adolescents: Psychotherapy and treatment interruption. Results of a controlled study. *Psychiatrie de l'enfant*, 38(2), 573-602.
- Piacentini, J., Rotheram-Borus, M. J., Gillis, J. R., Graae, F., Trautman, P., Cantwell, C.,...Shaffer, D. (1995). Demographic predictors of treatment attendance among adolescent suicide attempters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(3), 469-473.
- Roberts R. E., Roberts C. R., & Xing Y. (2011). Restricted sleep among adolescents: Prevalence, incidence, persistence, and associated factors. *Behavioral Sleep Medicine*, 9(1), 18-30.
- Rotheram-Borus, M. J., Piacentini, J., Van Rossem, R., Graae, F., Cantwell, C., Castro-Blanco, D., & Feldman, J. (1999). Treatment adherence among Latina female adolescent suicide attempters. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29(4), 319-331.
- Villeneuve, C. (2006). L'intervention en santé mentale: le pouvoir thérapeutique de la famille, Les Presses de l'Université de Montréal.
- Wilens, T. E., Biederman, J., Forkner, P., Ditterline, J., Morris, M., Moore, H.,...Wozniak, J. (2003). Patterns of comorbidity and dysfunction in clinically referred preschool and school-age children with bipolar disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 13(4), 495-505.
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303.

Upcoming in the May 2012 Theme Issue: Integrating Networks in Youth Mental Health

Guest Editors: Dr. Lucie Nadeau, Dr. Toby Measham and Dr. Cecile Rousseau

Partnership at the Forefront of Change: Documenting Youth Mental Health Services Transformation in Quebec

Lucie Nadeau et al.

Healthy Minds/Healthy Children Outreach Service – Lessons Learned After Eight Years

Allan Donsky et al.

The Family as Partner in Child Mental Health Care - Will Differences in Problem Perception Create Different Collaboration Processes

Atle Ødegård et al.

Referrals Patterns and Training Needs in Psychiatry among Primary Care Physicians in Canadian Rural/Remote Areas

Margaret Steele et al.

Évaluation de l'implantation des services de première ligne en santé mentale jeunesse dans Lanaudière

Caroline Richard et al.

Mental Health in Inuit Youth from Nunavik: A Transcultural, Interdisciplinary, Community-Oriented Approach

Geneviève Auclair et al.