

Année 2016

2016 TOU3 1151
2016 TOU3 1152

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

par

Marie COSTES et Marie POMIER

Le 29 Novembre 2016

Guide de la prise en charge de la dépression chez l'enfant et l'adolescent en soins premiers : une méta-revue systématique.

Directeurs de thèse : Docteur Damien DRIOT et Docteur Julie DUPOUY

JURY :

Monsieur le Professeur Pierre MESTHÉ

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD

Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT

Madame le Docteur Julie DUPOUY

Monsieur le Docteur Damien DRIOT

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARRATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHE Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie
M. CHAUVÉAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		P.U. Médecine générale	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Amaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

M.C.U. - P.H.

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibaut	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

REMERCIEMENTS

À notre président de jury,

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE, Professeur des Universités de Médecine Générale, Médecin généraliste,

Vous nous avez fait l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre dévouement et votre implication dans la formation des internes de Médecine Générale de Toulouse. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre respect et notre profonde estime.

À nos maîtres et juges,

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD, Professeur des Universités - Praticien Hospitalier, Pédiopsychiatre,

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de siéger à ce jury et de juger ce travail en tant qu'expert reconnu en Pédiopsychiatrie. Soyez assuré de notre sincère considération.

Monsieur le Docteur Jordan BIREBENT, Maître de Conférences Associé de Médecine Générale, Médecin généraliste,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à ce jury et de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à notre travail. Veuillez trouver en ces lignes l'expression de notre sincère reconnaissance.

À nos directeurs de thèse,

Madame le Docteur Julie DUPOUY, Médecin généraliste,

Nous te remercions de nous avoir accompagnées tout au long de ce travail et de nous avoir soutenues. Merci de ta bienveillance et de ta gentillesse.

Monsieur le Docteur Damien DRIOT, Médecin généraliste,

Merci de nous avoir accordé ta confiance en acceptant d'encadrer ce projet et de nous avoir guidées tout au long de ce travail. Nous tenions à te remercier de ta patience, de ta rigueur et de tes encouragements.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

À Edouard,

Avant tout je te remercie pour l'amour que tu m'apportes et le bonheur que tu mets dans ma vie chaque jour. Merci pour ta patience et ton soutien ces dernières années. Je t'aime.

À ma famille,

À mes parents, merci pour votre amour et votre soutien sans faille, je n'aurais jamais réussi cette aventure sans vous. Vous êtes des parents formidables.

À mon frère et ma belle sœur, vous avez toujours été présents et bienveillants. Merci pour ce que vous êtes et tout ce que vous m'apportez.

À Sara, merci pour le soleil que tu mets dans ma vie tous les jours depuis 7 ans déjà.

À ma grand-mère, à mon grand père qui n'est plus là, merci pour cette enfance dorée et d'avoir fait de moi la personne que je suis aujourd'hui.

Au reste de la famille, oncle et tante, cousin et cousine et à ma belle famille, merci pour votre soutien.

À Alexia,

Merci pour ta présence et pour tout ce que tu m'as apporté toutes ces années. Si on nous avait dit il y a 25 ans qu'on en serait là aujourd'hui toutes les deux, on aurait certainement rigolé. Merci maitresse pour ta relecture et tes conseils.

Une petite pensée pour Simon, qui partage ma vocation et mon amie, je t'en remercie.

À Aurélie,

Ma Poulette, merci d'avoir partagé toutes ces années faites de joies et de galères avec moi. Tu as été une amie et un pilier. Merci d'être encore à mes côtés aujourd'hui.

À mes amis,

La Dream Team ; Camille, Amélie, Virginie, Marion, Claudia, merci pour votre bonne humeur, votre gentillesse, pour tous les bons moments qu'on partage en France et ailleurs et qu'on partagera encore longtemps je l'espère. Votre soutien a été une aide précieuse.

Aux garçons ; Simon, Vincent, Kévin, Anthony, Loïc, Arnaud, Jeremy et tous ceux que j'oublie, merci pour ce que vous êtes, ne changez rien.

À mes co-internes et anciens maîtres de stage,

Philippe G, merci pour ta joie de vivre, tes chansons et ta palette linguistique qui m'ont accompagnée pendant mon premier semestre.

Merci aux Cadurciens : Anais, Myriam, Guillaume, Thomas, Déborah, Thibaud, Pierre, Elodie, Cyrielle et j'en oublie, pour ce semestre et ces moments partagés à l'internat.

Merci à l'équipe de Pamiers : Marie L, les docteurs Côme et Monlouis pour votre accueil, votre bonne humeur et ce que nous avons appris à vos côtés.

Aux autres médecins que j'ai rencontré sur ma route, en particulier les Docteurs Birebent, Conceição, Latrous et Bissuel ; merci pour votre bienveillance et pour tout ce que j'ai appris à vos côtés. Vous m'avez conforté dans la volonté de faire ce métier et je vous en remercie.

À *Marie P*, ma binôme de thèse. Merci d'avoir partagé cette aventure avec moi et surtout de m'avoir supportée. Notre collaboration a été un réel plaisir. Merci infiniment.

À tous ceux que je n'ai pas cités et qui sont concernés de près ou de loin, merci !

Marie Costes

À ma mère, pour ton dévouement et ton amour infailible, pour tout ce que tu m'as transmis lors de mes études, de mon activité professionnelle et de ma vie personnelle.

À mon père, pour ce que j'ai pu partager avec toi, notamment dans le début de mes études médicales, même si ce fut bien court.

À mes sœurs, Emeline et Cécile, pour tous ces moments que j'ai traversés avec vous ; heureux et parfois difficiles. Pour cette cohésion fraternelle qui m'apporte tous les jours. A leurs conjoints, Julien et Kim. A mes neveux, Léo et Clément et leur dynamisme !

À Tati Nic et Loulou, pour votre présence.

À Mamie, Papi (ou pépé), Grand-mère, Grand-père, pour l'énergie et les valeurs que vous m'avez transmises.

À toute ma famille, vous êtes nombreux alors je ne pourrais pas tous vous citer ! Qu'est ce que c'est reposant de savoir que vous êtes là.

À ma marraine Marie Jo et mon parrain Yves, pour toujours m'accompagner.

À Laure, pour ton soutien dans cette longue préparation de thèse et dans ma vie. Pour tous les rires et les moments de ressources que nous partageons. Pour le quotidien. Parce que tout peut être paisible juste en regardant les portes, encore faut-il y arriver !

Un clin d'œil aux vieux de la vieille, Murielle, Emilie, Delphine, Anne-Line.

À mes amis du début de la faculté, Sikiyah, Moussa la noire, en direct du tripode !, Clémentine, Agathe, Gaëlle pour nos aventures improbables.

À mes magnifiques rencontres en Belgique et au Canada, Alice, Charlin, Sidonie, Marie, pour avoir grandi avec vous.

À mes amis de l'externat, que nos nombreuses heures passées ensemble à la bibliothèque ! Helena, Nolwenn, Pauline L., Aurélien, Ségolène, Marine, Clio, Antoine, Benoit, merci d'avoir été là, et mes binômes de sous-colles Bénédicte et Barbara, que de moments fous passés ensemble.

À mes amis de l'internat, Pauline B. ma première rencontre à Auch, Amélie et Vincent mes co-internes auscitains, le club de Cahors : Barbara, Pauline B., Bastien, Tiphaine, Albertine, Sophie...et l'internat de folie, l'équipe du Chiva : Annaëlle, Hélène, Benjamin, Julie, un super semestre à vos côtés.

Aux autres rencontres que j'ai faites lors de l'internat, Lise, Alexis et Marie, Jonhi, bien sûr l'équipe de Mongolie et nos partages évadants : MH, Bruno, Aurélie, Isa, Zolo.

Aux personnes avec qui j'ai cohabité, durant toutes ces années, ils se reconnaîtront.

À Sarah Darnis et Marion Dubarry, pour leur très bon travail et leur encouragement.

Aux nombreuses personnes avec qui j'ai travaillé et qui ont participé à ma formation, particulièrement, l'équipe de gériatrie d'Auch, Dr Raspaud, Dr Estingoy, l'équipe des urgences de Cahors, l'équipe de pédiatre et gynécologie du Chiva, Dr Meier, Dr Dali, Dr Calvet, Dr Durliat, Dr Orlova, Dr Cavallé, Dr Castex, l'équipe du SSR de la Fontaine Salée, Dr Augustin, Dr Darroussat, Dr Van Den Bossche, ma tutrice Dr Delahaye, les médecins généralistes Dr Garcia, Dr Dupuy, Dr Ané, pour tout ce que vous m'avez appris.

À Marie C., ma binôme de thèse, merci d'avoir accepté de réaliser ce travail avec moi (même si je ne pense pas que nous sachions où nous nous engageons à l'époque !). Merci de ta patience, de tes concessions, de ton énergie. Travailler à tes côtés fut une belle rencontre et une expérience enrichissante.

Merci à tous ceux qui ont participé à ce projet de thèse, de près ou de loin, volontairement ou qui ont cédé sous la pression de mes sollicitations répétées...

J'y serais certainement arrivée, mais le chemin aurait été bien plus que laborieux, je vous remercie sincèrement.

Marie Pomier

« Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs) »

Marshall B. Rosenberg

TABLE DES MATIÈRES

I.	Introduction.....	5
II.	Objectifs.....	8
III.	Matériel et méthodes	9
	A. Critères de sélection.....	9
	B. Sources d'information et stratégie de recherche.....	10
	C. Sélection des études	11
	D. Processus de recueil de données.....	11
	E. Evaluation des études	12
	F. Analyse des données extraites.....	13
IV.	Résultats.....	14
	A. Sélection des études	14
	B. Diagnostic	23
	1. Critères diagnostiques	23
	2. Aide au diagnostic	24
	3. Evaluation de la sévérité et du retentissement.....	24
	4. Recherche des signes de gravité.....	25
	C. Critères d'orientation vers le spécialiste.....	25
	1. Les critères cliniques	26
	2. Les critères thérapeutiques : échec de la prise en charge	27
	3. Contexte psycho-social.....	27
	4. Difficultés du professionnel de santé.....	27
	D. Critères d'hospitalisation.....	28
	E. Données à rechercher pendant la consultation.....	28
	1. Les données cliniques	28
	2. Diagnostics différentiels.....	29
	3. Contexte	29
	4. Résumé des facteurs de risque de dépression	30
	F. Prise en charge	31
	1. Conditions générales de prise en charge.....	31
	2. Informations à délivrer	33
	3. Traitements.....	34
	a) Les psychothérapies	34
	b) Les antidépresseurs.....	35
	c) Comparaison entre psychothérapie et antidépresseurs.....	38

d) Le traitement combiné.....	38
e) Autres traitements.....	38
4. Thérapeutiques conseillées dans l'EDM léger, modéré ou sévère.....	40
G. Suivi.....	42
1. Fréquence du suivi.....	42
2. Eléments du suivi.....	42
V. Guide pratique de prise en charge de la dépression chez les enfants et les adolescents en soins premiers.....	44
VI. Discussion.....	47
A. Synthèse des résultats.....	47
B. Forces et limites de la revue.....	47
1. Limites.....	47
2. Forces.....	48
C. Discussion des résultats.....	49
1. Définition de la question de recherche.....	49
2. La prescription d'antidépresseurs en France.....	50
3. Le manque de preuve.....	51
4. La TCC informatisée.....	52
D. Mise en application de l'argumentaire.....	53
VII. Conclusion.....	54

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Bases de données utilisées et équations de recherche	10
Tableau 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats pour les recommandations pour la pratique clinique	16
Tableau 3 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats pour les revues systématiques et méta-analyses	19
Tableau 4 : Facteurs de risque individuels et environnementaux de dépression chez l'enfant et l'adolescent	30

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux	15
Figure 2 : Guide pratique de prise en charge de la dépression chez les enfants et les adolescents en soins premiers	44

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Définitions	61
Annexe 2 : Liste des articles exclus et motifs d'exclusion	63
Annexe 3 : Evaluation des revues systématiques de la littérature et des méta-analyses selon la grille PRISMA	65
Annexe 4 : Critères de la grille d'évaluation R-AMSTAR	68
Annexe 5 : Evaluation des revues systématiques et méta-analyses selon la grille R-AMSTAR	69
Annexe 6 : Evaluation des recommandations pour la pratique clinique selon la grille AGREE II	73

LISTE DES ABRÉVIATIONS

AD : Antidépresseur

ADNG : Antidépresseur de Nouvelle Génération

ADRS : Adolescent Depression Rate Scale

AGREE II : Appraisal of Guidelines for REsearch and Evaluation II

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECR : Essai Contrôlé Randomisé

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

EDM : Episode Dépressif Majeur

EI : Effets Indésirables

FDR : Facteurs De Risque

HAS : Haute Autorité de Santé

ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine

NC : Non Communiqué

NICE : National Institute for Health and Care Excellence

PRISMA : Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses

R-AMSTAR : Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews

RPC : Recommandation pour la Pratique Clinique

TC : Tricyclique

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

TF : Thérapie Familiale

TIP : Thérapie Interpersonnelle

TPD : Thérapie Psychodynamique

I. Introduction

La santé mentale des jeunes est moins bonne que celle des adultes (1). En France, parmi les 7-17 ans la prévalence des troubles de l'humeur est de 6% (2). Elle est de 2,1 à 3,4% chez l'enfant et de 14% chez l'adolescent (3). À l'adolescence, le sex ratio est de deux filles pour un garçon (4).

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est particulièrement sous-diagnostiqué dans cette population (5). On évalue à 70% le taux d'enfants et adolescents non diagnostiqués ou dont le diagnostic est erroné (5). La présentation clinique est très variée (6,7) et la dépression est mal reconnue par les médecins généralistes (2). Pourtant, 8% des consultations des patients âgés de 10 à 19 ans en soins premiers sont motivées par un problème psychologique (2). À ce titre, les médecins généralistes occupent une place privilégiée dans le repérage du trouble dépressif (2).

Les modalités d'expression de ce trouble varient en fonction du stade de développement (3). De plus, les symptômes s'expriment dans différents milieux (scolaire, familial) et leur expression dépend de l'environnement (8). La distinction est parfois difficile entre les épisodes dépressifs modérés et transitoires qui font partie du développement normal et les EDC (6). Le diagnostic repose sur des outils d'évaluation internationaux : le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (9) et la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies - version 10) (10) mais ceux-ci ne comportent pas de catégorie spécifique en fonction de l'âge (6).

Le jeune manifeste rarement de lui-même ses symptômes dépressifs (6,7). L'humeur est plutôt irritable que triste et le ralentissement psychomoteur est variable, à l'inverse il peut y avoir une véritable agitation (4,6,7). Les plaintes physiques sont fréquentes, ainsi que les troubles du comportement alimentaire et du sommeil (6,7). Chez l'enfant l'absence de prise de poids normale est un des critères diagnostics (9). Les difficultés de concentration deviennent rapidement handicapantes et peuvent être responsables d'échec scolaire (4,6).

L'évolution de l'EDC est en moyenne de 32 à 36 semaines (5,7). Environ 10% des adolescents évoluent vers une rémission à trois mois, mais 50% restent cliniquement déprimés à un an, 20 à 30% à deux ans (6).

L'évolution est également grevée par le risque suicidaire. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes après les accidents de la circulation, avec un taux de 0,4 à 0,9% en France (11,12). À l'adolescence, la proportion des tentatives de suicide est élevée (fréquence de 6,5%) mais reste un phénomène non exceptionnel chez le moins de 12 ans (10 à 15% des tentatives de suicide totale du jeune) (11,13). La consultation auprès d'un médecin généraliste ou d'un professionnel de santé avant le geste n'est pas rare (11). Néanmoins moins de 50% des médecins généralistes explorent les idéations suicidaires et le risque de suicide chez les adolescents, or parler du suicide avec l'adolescent dans le cadre d'un dialogue médical n'augmente pas le risque de passage à l'acte (11,14).

Les risques majeurs de l'EDC de l'enfant et de l'adolescent résident non seulement dans le retentissement scolaire (4,6,7) et le risque suicidaire mais également dans l'évolution vers une pathologie psychiatrique plus durable (6). L'évolution vers un trouble de l'humeur à l'âge adulte est fréquente (19%) et celle vers d'autres troubles mentaux également (5,6).

Du point de vue des jeunes, deux tiers des 15-19 ans s'estiment mal informés sur la dépression (15). Ils ont tendance à sous-estimer la gravité de la maladie (15,16) et à penser qu'ils peuvent s'en sortir seuls (16). Bien que les jeunes (15-25 ans) aient tendance à moins consulter que la population générale (16,17), la demande d'accès aux soins en santé mentale ne cesse d'augmenter (18). Une des difficultés rencontrée par le médecin généraliste est le délai d'attente pour obtenir une consultation de psychiatrie ou pédopsychiatrie (18,19). Ce délai est d'un à trois mois en psychiatrie infanto-juvénile et d'une semaine à trois mois dans les centres médico-psychologiques (18,19). Or l'intervention thérapeutique précoce est un critère majeur du pronostic (7,8,18).

La consommation d'antidépresseurs dans cette population a augmenté avec l'arrivée des Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine (ISRS) dans les années 1990 (20). Elle a ensuite diminué à partir de 2003, plusieurs organismes de réglementation sanitaire nord-américains et européens ayant jeté un doute sur l'efficacité et surtout sur leur responsabilité dans la survenue d'idées suicidaires et de tentatives de suicide (21-23). Actuellement la fréquence de prescription des psychotropes en France chez les moins de 18 ans est de l'ordre de 2,2%, dont un quart sont des antidépresseurs (3). Le taux de prescription des antidépresseurs augmente avec l'âge et chez l'adolescent ces taux sont deux fois plus importants chez la fille que chez le garçon (21).

Compte tenu de la prévalence, du risque évolutif, du risque potentiel lié au traitement médicamenteux et de la complexité de l'accès aux soins psychiatriques, le médecin généraliste a un rôle important dans la prise en charge du trouble dépressif chez l'enfant et l'adolescent (18). Pour améliorer la qualité des soins, la création de guides de pratiques cliniques est nécessaire (24) afin de déterminer la prise en charge optimale de la dépression chez l'enfant et l'adolescent en soins premiers.

II. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'élaborer un guide pratique de prise en charge de la dépression chez les enfants et les adolescents destiné aux médecins généralistes. Une méta-revue systématique de la littérature a été réalisée afin de déterminer les caractéristiques optimales de cette prise en charge. Ce guide complétera un site internet d'aide à la prescription des psychotropes créé à partir d'autres travaux dont la méthodologie était similaire.

III. Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une méta-revue systématique de la littérature. Cette méthode, décrite dans le Cochrane Handbook (25), consiste à réaliser une synthèse des méta-analyses et des revues systématiques (26), pour obtenir les données les plus pertinentes, validées et synthétiques pour la pratique. Nous avons également inclus des recommandations pour la pratique clinique pour renforcer notre thèse. Cette méta-revue a été effectuée selon les critères des recommandations *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* (27). Le travail a été réalisé par deux chercheurs, auteurs de cette thèse.

Le protocole d'étude a été validé par *PROSPERO* (28), base de données internationale d'enregistrement des protocoles de revues systématiques. Il a été enregistré sous le numéro CRD42016042710 (29).

A. Critères de sélection

Les critères d'inclusion des articles étaient les suivants :

- types d'articles : guides thérapeutiques, recommandations pour la pratique clinique (RPC), revues systématiques de la littérature et méta-analyses,
- dates de publication : 1er Janvier 2002 au 13 Novembre 2015,
- langue : français ou anglais,
- population : enfants ou adolescents (6-18 ans) consultant en médecine générale,
- traitements étudiés : médicamenteux (antidépresseurs) et non médicamenteux,
- diagnostic conduisant à la prescription : épisode dépressif majeur, selon les critères du DSM-IV-TR (30),
- critère d'analyse : première prise en charge de la dépression,
- contexte de soins : activités de soins premiers.

Les critères d'exclusion étaient les suivants :

- types d'articles : articles ne traitant pas de la prise en charge de la dépression chez l'enfant et l'adolescent (études de prévalence ou études descriptives, études évaluant les effets indésirables des antidépresseurs, études de prévention par exemple...),

- traitements : médicaments non commercialisés en France ou utilisés dans d'autres pathologies que la dépression,
- diagnostics conduisant à la prescription : troubles anxieux, autres pathologies psychiatriques (trouble déficit de l'attention avec hyperactivité,...), dépression dans le cadre de pathologies organiques, etc.
- situations dans lesquelles le médecin généraliste n'est pas l'initiateur de la prise en charge.

B. Sources d'information et stratégie de recherche

Les recherches ont été effectuées sur trois bases de données : *PubMed*, *Cochrane* et *Web of Science*.

Tableau 1 : Bases de données utilisées et équations de recherche

Bases de données	Equation de recherche
Pubmed	<p>((("Child"[Mesh] OR "Adolescent"[Mesh]) AND ("Depression"[Mesh] OR "Depressive Disorder"[Mesh]) AND ("Guideline" [Publication Type] OR "Practice Guidelines as Topic"[Mesh] OR "Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh] OR "Review Literature as Topic"[Mesh] OR "Review" [Publication Type]) AND ("General Practitioners"[Mesh] OR "General Practice"[Mesh] OR "Physicians, Primary Care"[Mesh] OR "Patient Care Management"[Mesh] OR "Antidepressive Agents"[Mesh] OR "Psychotherapy"[Mesh] OR "Drug Prescriptions"[Mesh] OR "Drug Utilization"[Mesh]))</p> <p>Languages : French, English</p> <p>From 2002/01/01 to 2015/11/13</p>
Web of Science	<p>TS=((child or adolescent) AND (depress*) AND (guideline* OR meta-analysis OR "systematic review") AND (antidepress* OR *therap* OR prescription* OR manag* OR "primary care" OR "general practitioners" OR "general practice" OR "family practice"))</p> <p>Refined by : Languages : (English or French)</p> <p><i>Timespan=2002-2015</i></p>
Cochrane (Cochrane DSR)	<p>Title, abstract, keywords : (child or adolescent) and depress*</p> <p>Publication year from 2002 to 2015</p>

Les bases de données ont été explorées le 13 Novembre 2015.

L'exploration de la littérature grise a été faite par une recherche manuelle sur les sites web des sociétés savantes, les agences de santé et les agences du médicament nationales et internationales. Nous avons fait la revue de la littérature grise avec l'aide d'un guide de recherche approfondie du web édité par l'Agence Canadienne des Médicaments et des Technologies de la Santé (31).

Pour cette recherche, nous avons utilisé les mots clés suivants : depress*, child*, adolesc*, antidepress*.

Les références bibliographiques des articles obtenus ont été examinées à la recherche d'articles supplémentaires correspondant aux critères d'inclusion.

C. Sélection des études

La sélection des articles s'est faite en deux étapes :

- la lecture des titres et résumés, de façon indépendante par les deux chercheurs, auteurs de cette thèse. Les articles sélectionnés ont été conservés pour la seconde étape,
- la lecture du texte entier des articles et leur sélection en fonction des critères d'inclusion, de façon indépendante par les deux auteurs.

Pour les deux étapes, les données ont été mises en commun et les désaccords ont été résolus par consensus entre les deux chercheurs. Lorsqu'un désaccord persistait, il était résolu par un troisième ou quatrième chercheur, les directeurs de cette thèse.

D. Processus de recueil de données

Les articles ont été ensuite lus et analysés, à la recherche de données concernant la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse de la dépression de l'enfant et de l'adolescent. Nous avons extrait les données dans une grille de lecture, construite a priori. Les données extraites ont été classées en différentes catégories :

- le cadre de prescription,
- les indications des traitements (pharmacologiques ou non),
- les pathologies où les traitements sont contre-indiqués,
- les types de traitement,
- les conditions d'administration, de mise en œuvre, la durée,
- le profil de tolérance,

- les données à rechercher avant prescription, les comorbidités à prendre en compte,
- les informations à délivrer sur les traitements,
- le suivi du patient,
- la prise en charge non pharmacologique (autre que la psychothérapie).

Ces données ont été extraites indépendamment par les auteurs puis mises en commun.

E. Evaluation des études

Pour chaque article sélectionné, nous avons procédé à une évaluation méthodologique ainsi qu'à une évaluation de la qualité de l'étude.

Concernant les guides thérapeutiques et les RPC, la grille d'évaluation *AGREE II — Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation II* (32) — a été utilisée. La grille AGREE II est un outil développé par un groupe de chercheurs et concepteurs de RPC, permettant d'évaluer la rigueur méthodologique, la transparence du processus d'élaboration et la qualité des recommandations.

Pour les méta-analyses et revues systématiques, nous avons choisi d'évaluer la qualité du rapport selon la check-list PRISMA (27) et la qualité méthodologique selon la grille *R-AMSTAR — Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews* (33).

La check-list PRISMA est un outil pour la rédaction de revues systématiques et méta-analyses et pour l'évaluation du rapport de ce type d'articles. Nous avons calculé pour chaque évaluation un pourcentage par rapport au score maximal possible.

La grille R-AMSTAR est une version adaptée de la grille AMSTAR et permet d'évaluer de manière quantitative la qualité méthodologique de revues systématiques et méta-analyses. Les résultats ont été exprimés en pourcentage par rapport au score maximal possible.

Chaque évaluation a été faite de manière indépendante par les deux auteurs puis mise en commun. Pour la grille AGREE II, nous avons fait une moyenne des pourcentages obtenus par chacun des auteurs. Pour les grilles PRISMA et R-AMSTAR, les désaccords ont été résolus par discussion entre les deux auteurs. Les grilles des évaluations sont détaillées en Annexes 3, 4, 5 et 6.

F. Analyse des données extraites

Une synthèse par comparaison et rapprochement des données extraites a été ensuite effectuée. En cas de discordance, l'évaluation de la qualité et de la méthodologie des articles nous a permis de privilégier les données issues des articles les mieux évalués.

Nous avons présenté cette synthèse sous la forme d'un guide de prise en charge de la dépression de l'enfant et de l'adolescent.

IV. Résultats

A. Sélection des études

Au total, 2036 articles ont été obtenus par l'interrogation des bases de données. Après extraction des doublons, nous avons 1714 articles.

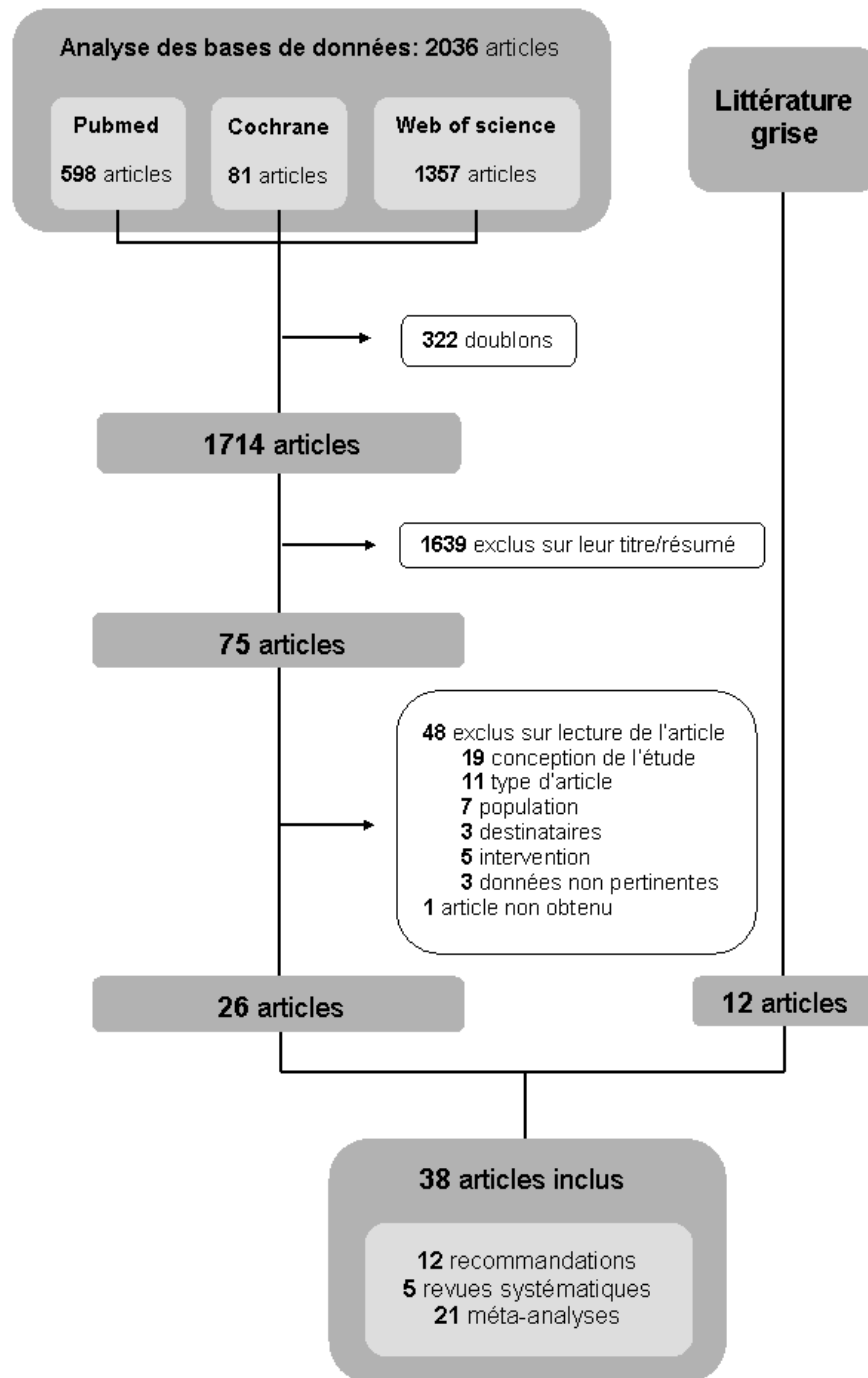
La lecture des titres et des résumés nous a permis de sélectionner 75 articles répondant aux critères d'inclusion puis 26 articles ont été inclus sur la lecture complète. Un des articles n'a pas pu être récupéré à ce jour.

La revue de la littérature grise a retrouvé 12 articles supplémentaires qui se sont ajoutés aux 26 articles sélectionnés à partir des bases de données. Un total de 38 articles a été inclus dans la méta-revue systématique.

La liste des articles exclus sur lecture entière, et les raisons de cette exclusion, sont détaillées en Annexe 2.

L'ensemble des données sur la sélection des articles est résumé dans le diagramme de flux (Figure 1).

Figure 1 : Diagramme de flux



Les tableaux 2 et 3 résument les principales caractéristiques des articles, les principaux résultats ainsi que leur évaluation méthodologique.

Tableau 2 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats pour les recommandations pour la pratique clinique

Evaluation	Pathologies	Principaux résultats	Population	Méthode	Financements	Conflits d'intérêt	Pays	Articles
Recommandations pour la pratique clinique								
81% AGREE II	EDM (CIM-10)	EDM léger : attente vigilante. Puis : thérapie de soutien, TCC de groupe ou auto-prise en charge, si échec référer à un spécialiste et étape suivante EDM modéré à sévère : soins spécialisés, psychothérapie (TCC, TIP, TF, TPD), ou chez l'adolescent traitement combiné (psychothérapie + fluoxétine). Echec : changer de psychothérapie ou rajouter fluoxétine. Si fluoxétine refusée ou inefficace : sertraline ou citalopram. Si refus de la psychothérapie : fluoxétine	Enfant 5-11 ans et adolescents 12-18 ans	Revue systématique et recommandations élaborées selon une gradation par un comité	Public	Oui	Royaume-Uni	*NICE. 2015 (34)
79% AGREE II	EDM (DSM-IV-TR CIM-10)	Dysthymie ou EDM léger : surveillance prudente, soutien non directif ou TCC/TIP de groupe, auto-prise en charge EDM léger à modéré : psychothérapie (TCC, TIP), auto-prise en charge. EDM modéré à sévère : psychothérapie, fluoxétine si nécessaire +/- psychiatre. EDM sévère : psychothérapie, fluoxétine, psychiatre	Adolescents et jeunes adultes 13- 24 ans	Revue systématique et recommandations élaborées par un groupe d'experts	Public	Non	Australie	*McDermott . 2010 (35)
68% AGREE II	Manifestations dépressives dont EDC (DSM-5, CIM-10)	EDC léger ou modéré : thérapie de soutien, si échec psychothérapie EDC complexe (persistant, comorbidités, difficultés relationnelles et/ou familiales) ou sévère : psychothérapie ; si échec psychothérapie + fluoxétine. Si psychothérapie impossible : fluoxétine puis traitement combiné Avis spécialisé : si échec première ligne de traitement, EDC grave ou complexe	Adolescents 12-18 ans	Revue systématique et recommandations élaborées par un groupe de travail	Public	Non	France	*HAS. 2014 (8)
67% AGREE II	EDM (CIM-10, DSM-IV-TR)	EDM léger : soutien actif Echec, EDM léger avec facteur de risque, comorbidité, idée/comportement d'automutilation ou EDM modéré : avis spécialisé et psychothérapie (TCC, TIP, TF) Echec ou EDM sévère : avis spécialisé et TCC + fluoxétine Echec : si psychothérapie seule passer à TCC + fluoxétine, si ISRS seul : TCC + changement d'ISRS (sertraline, citalopram, escitalopram)	Enfants et adolescents 5-18 ans	Revue systématique et recommandations élaborées par un groupe de travail	Public	Oui	Espagne	*Clinical Practice Guidelines in the SNS. 2009 (36)

Evaluation	Pathologies	Principaux résultats	Population	Méthode	Financements	Conflits d'intérêt	Pays	Articles
Recommandations pour la pratique clinique								
65% AGREE II	Troubles mentaux dont dépression (DSM, CIM)	EDM léger à modéré : thérapie de soutien, stratégies d'auto-prise en charge. Si pas d'amélioration : intensifier le traitement, psychothérapie puis si persistance référer à un spécialiste. Si détérioration : intensification du traitement ou avis spécialisé en fonction de la gravité EDM sévère : avis spécialisé	Toute population dont < 18 ans	Revue systématique et recommandations élaborées par un groupe de travail	Public	Oui	Nouvelle-Zélande	*New Zealand Guidelines Group. 2008 (37)
62% AGREE II	EDM (DSM-IV-TR, CIM-10)	0	Préadolescents, adolescents et jeunes adultes 10-21 ans	Revue systématique et consensus d'experts	Public et privé	Oui	Canada et Etats-Unis	Zuckerbrot RA. 2007(24)
58% AGREE II	Dépression	EDM léger : soutien actif et surveillance Echec ou EDM modéré ou sévère : consultation spécialisée. En attendant, démarrage d'un ISRS et/ou d'une psychothérapie (TCC, TIP) Echec : ajouter un traitement, augmenter la dose, changer de traitement	Adolescents 10-21 ans	Revue systématique et consensus d'experts	Public et privé	Oui	Canada et Etats-Unis	Cheung AH.2007 (38)
50% AGREE II	Dépression et troubles anxieux	EDM léger : thérapie de soutien Persistance ou EDM modéré : psychothérapie (TCC, TIP) Persistance ou EDM sévère ou psychothérapie indisponible : fluoxétine Echec du traitement : avis spécialisé	Enfants et adolescents < 18 ans	Revue systématique et recommandations élaborées par un groupe de travail	NC	NC	Canada	*British Columbia. 2010 (39)
49% AGREE II	EDM sans comorbidités (DSM-IV-TR)	Tout EDM : interventions psychosociales, psychothérapie (TCC, TIP) EDM modéré ou sévère ou avec symptômes psychotiques ou échec de la psychothérapie : ISRS, toujours en association avec la psychothérapie En seconde ligne : possibilité de venlafaxine Adresser à un psychiatre si: absence d'amélioration, nécessité d'interventions psychologiques spécialisées, symptômes sévères	Enfants et adolescents	Revue systématique et consensus d'experts	NC	NC	Singapour	*MOH Singapore. 2012 (40)

Evaluation	Pathologies	Principaux résultats	Population	Méthode	Financements	Conflits d'intérêt	Pays	Articles
Recommandations pour la pratique clinique								
45% AGREE II	EDC (DSM-5, CIM-10)	EDC : adressage spécialiste, thérapie de soutien structurée Si échec : psychothérapie (TCC, TIP) Réponse absente/partielle, dépression sévère ou antécédent de dépression modérée à sévère : ISRS ou chez l'adolescent traitement combiné (AD + psychothérapie)	Toute population dont enfants et adolescents	Revue systématique et consensus d'experts	Aucun	Oui	Royaume-Uni	Cleare A. 2015 (41)
38% AGREE II	EDM	EDM léger : psychothérapie (TCC, TIP) EDM sévère : ISRS	Toute population dont enfants et adolescents	Revue systématique et recommandations par groupe de travail	Non commercial et NC	NC	Etats-Unis	Bauer M. 2002 (42)
27% AGREE II	Dépression (DSM-IV-TR)	Dépression brève ou légère ou déficience psychosociale légère : éducation, soutien et suivi Pas de réponse ou dépression plus compliquée : psychothérapie et/ou AD	Enfants et adolescents	Revue systématique et groupe d'experts	NC	Oui	Etats-Unis	*Birmaher B. 2007(43)

AD : Antidépresseur ; CIM : Classification Internationale des Maladies ; DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ; EDC : Episode Dépressif Caractérisé ; EDM : Episode Dépressif Majeur ; ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine ; NC : Non Communiqué ; TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale ; TF : Thérapie Familiale ; TIP : Thérapie Interpersonnelle ; TPD : psychothérapie Psychodynamique.

* articles provenant de la littérature grise.

Tableau 3 : Caractéristiques des articles inclus et principaux résultats pour les revues systématiques et méta-analyses

Evaluation	Pathologies	Principaux résultats	Population	Méthode	Financements	Conflits d'intérêt	Pays	Articles
Revue systématique et Meta-analyses								
86% R-AMSTAR 96% PRISMA	Dépression	Effet des ADNG versus placebo modeste sur la réduction des symptômes, l'amélioration du fonctionnement et l'augmentation de la rémission Effets indésirables accrus avec ADNG. Pas de différence sur l'arrêt du traitement Si décision d'utiliser un ADNG : privilégier la fluoxétine en première ligne	Enfants et adolescents 6-18 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (18 articles)	Public	Non	Australie	Hetrick SE. 2012 (44)
84% R-AMSTAR 89% PRISMA	EDM	Pas de conclusion possible sur la supériorité d'une des stratégies de traitement : psychothérapie seule, antidépresseurs seuls ou la combinaison des deux	Enfants 6-12 ans et adolescents 13-18 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (11 articles)	Public	Non	Australie	Cox GR. 2014 (45)
77% R-AMSTAR 93% PRISMA	EDM sans comorbidités	Pas de conclusion possible sur l'efficacité de la thérapie par la danse et le mouvement chez l'adolescent	Toute population dont adolescents	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (3 articles dont 1 chez l'adolescent)	Public	Oui	Royaume-Uni	Meekums B. 2015 (46)
77% R-AMSTAR 78% PRISMA	Dépression sans comorbidités	TC par rapport au placebo : pas de différence sur la réduction des symptômes ou la rémission, plus d'effets indésirables Efficacité négligeable chez l'adolescent, aucune différence chez l'enfant	Enfants et adolescents 6-18 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (14 articles)	Public	Non	Australie	Hazell P. 2013 (47)
75% R-AMSTAR 85% PRISMA	Plusieurs pathologies dont troubles de l'humeur	Résultats non significatifs concernant l'efficacité de la TPD dans la dépression	9-15 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (11 articles dont 1 sur la dépression)	Public	Non	Canada, Allemagne	Abbass AA 2013 (48)
75% R-AMSTAR 85% PRISMA	Anxiété et/ou dépression	Peu de preuves des effets de l'exercice physique dans l'EDM	Enfants et adolescents 0-20 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (16 articles dont 3 sur la dépression)	Public	Non	Norvège	Larun L. 2006 (49)

Evaluation	Pathologies	Principaux résultats	Population	Méthode	Financements	Conflits d'intérêt	Pays	Articles
Revue systématique et Meta-analyses								
75% R-AMSTAR 85% PRISMA	Dépression	ISRS sont plus efficaces et mieux tolérés que TC (sous-groupe). Plus d'arrêt de traitement avec TC qu'avec ISRS toutes causes confondues	Enfants, adolescents et jeunes adultes 7-25 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (4 articles)	Public	Non	Chine	Qin B. 2014 (50)
73% R-AMSTAR 89% PRISMA	Pathologies psychiatriques dont troubles dépressifs	Le soutien dans l'auto-prise en charge en santé mentale est modestement efficace à court et moyen terme sur l'ensemble des pathologies étudiées Données non significatives pour la dépression	Enfants et adolescents de moins de 18 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (71 articles dont 21 sur la dépression)	Public	Non	Royaume-Uni	*Prymachuk S. 2014 (51)
73% R-AMSTAR 78% PRISMA	Dépression ou symptômes dépressifs, sans comorbidités	L'amélioration des symptômes par la relaxation chez l'enfant et l'adolescent n'a pas pu être déterminée	Toute population dont adolescents 12-19 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR ou quasi-randomisés (11 articles dont 5 chez l'adolescent)	Public	Oui	Australie	*Jorm AF. 2008 (52)
68% R-AMSTAR 85% PRISMA	Dépression	fluoxétine+TCC et fluoxétine seule ont la plus haute efficacité mais sont associées à plus d'événements liés au suicide sertraline, paroxétine, escitalopram et venlafaxine ont les taux d'abandon les plus bas sertraline est l'option de traitement optimale de première ligne	Enfants et adolescents 6-18 ans	Revue systématique puis méta-analyse bayésienne d'ECR (21 articles)	Aucun	Oui	Chine	Ma D. 2014 (53)
68% R-AMSTAR 81% PRISMA	EDM ou dysthymie.	En post-traitement : TIP et Thérapie Comportementale sont efficaces. A 6 mois ou plus l'efficacité de la psychothérapie n'est pas significative Pas de différence du taux d'abandon	Enfants et adolescents 6-18 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (27 articles)	Privé	NC	Japon, Royaume-Uni	Watanabe N. 2007 (54)
67% R-AMSTAR 52% PRISMA	Dépression	Les interventions en ligne en rapport avec la TCC chez les jeunes ont indiqué des bénéfices sur la réduction des symptômes dépressifs L'effet global des réseaux sociaux sur la dépression est moins probant dans la population	Toute population dont les 12-25 ans	Revue systématique d'études (37 articles)	Privé	Non	Australie	Rice SM. 2014 (55)

Evaluation	Pathologies	Principaux résultats	Population	Méthode	Financements	Conflits d'intérêt	Pays	Articles
Revue systématique et Meta-analyses								
67% R-AMSTAR 52% PRISMA	Dépression ou anxiété	La TCC informatisée est une intervention acceptable et efficace mais études insuffisantes dans la dépression	Enfants et adolescents <18 ans	Revue systématique de tous types d'études (10 articles dont 6 sur la dépression)	Public	Non	Royaume-Uni	Richardson T. 2010 (56)
67% R-AMSTAR 48% PRISMA	Pathologies psychiatriques dont dépression	Psychothérapie modérément plus efficace que la non intervention ou le traitement standard dans la dépression. Efficacité à court terme Chez l'adolescent efficacité de TCC, TIP, TF ou TPD	Enfants, adolescents et jeunes 3-19 ans	Revue systématique de tous types d'études (112 articles dont 13 sur la dépression)	Privé	NC	Royaume-Uni	*McLaughlin C. 2013 (57)
64% R-AMSTAR 89% PRISMA	EDM et anxiété	TCC informatisée a une efficacité globale sur les symptômes anxieux et dépressifs Pas d'efficacité démontrée sur la dépression seule	Enfants et adolescents 6-25 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (13 articles dont 6 sur la dépression)	Public	Non	Allemagne, Pays-Bas	Ebert DD. 2015 (58)
64% R-AMSTAR 74% PRISMA	Dépression et anxiété	Supériorité du traitement combiné ISRS et TCC versus ISRS seul après 12 semaines dans EDM (fonctionnement global) mais pas d'amélioration générale ni de la symptomatologie dépressive	Adolescents	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (5 articles dont 4 sur la dépression)	NC	NC	Italie	Calati R. 2011 (59)
59% R-AMSTAR 74% PRISMA	EDM ou dysthymie	TIP et TCC sont efficaces par rapport aux conditions de contrôle ou à d'autres thérapies	Enfants et adolescents 6-18 ans	Revue systématique puis méta-analyse bayésienne d'ECR (52 articles)	Public	NC	Chine, Australie, Suisse, Pays-Bas	Zhou X. 2015 (60)
59% R-AMSTAR 70% PRISMA	Symptômes dépressifs ou dépression	fluoxétine est efficace par rapport au placebo	Enfants et adolescents	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (12 articles)	Public et NC	Oui	Italie	Usala T. 2008 (61)
58% R-AMSTAR 59% PRISMA	Dépression et anxiété	Peu de preuves d'efficacité des interventions psychologiques sur le web dans la dépression	Adolescents et jeunes adultes 18-25 ans	Revue systématique de tous types d'études (17 articles dont 9 sur la dépression)	Public et privé	Oui	Etats-Unis	Reyes-Portillo JA. 2014 (62)

Evaluation	Pathologies	Principaux résultats	Population	Méthode	Financements	Conflits d'intérêt	Pays	Articles
Revue systématique et Meta-analyses								
56% R-AMSTAR 52% PRISMA	Trouble dépressif ou anxieux	Pas de preuves concluantes sur l'amélioration de la qualité de vie avec les ISRS dans les troubles dépressifs	Enfants et adolescents de moins de 18 ans	Revue systématique de tous types d'études (5 articles dont 4 sur la dépression)	NC	Oui	Serbie	Stevanovic D. 2014 (63)
55% R-AMSTAR 63% PRISMA	EDM	Pas de preuve de supériorité de la combinaison TCC et ADNG versus ADNG dans l'amélioration globale, des symptômes dépressifs, du risque suicidaire à court ou à long terme	Adolescents 11-18 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (5 articles)	NC	Oui	Royaume-Uni	Dubicka B. 2010 (64)
55% R-AMSTAR 59% PRISMA	Dépression	Pas de conclusion possible sur l'efficacité de la TCC dans l'amélioration de l'estime de soi	Adolescents 13-18 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (2 articles)	NC	NC	Royaume-Uni	Taylor TL. 2007 (65)
52% R-AMSTAR 74% PRISMA	Symptômes dépressifs	TCC est significativement plus efficace que le placebo ou la liste d'attente TCC est d'autant plus efficace que le nombre de séances ou l'âge est élevé	Age moyen <13 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (10 articles)	NC	NC	Suède	Arnberg A.2014 (66)
50% R-AMSTAR 44% PRISMA	Symptômes dépressifs EDM, dysthymie	Effet positif de la psychothérapie, mais moins important que lors de précédentes méta-analyses et non durable dans le temps	Enfants et adolescents de moins de 19 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (35 articles)	Public et privé	NC	Etats-Unis	*Weisz JR. 2006 (67)
48% (R-AMSTAR) 63% (PRISMA)	Dépression	Evaluation des ISRS versus placebo : pas de conclusion possible, pas de recherche d'hétérogénéité	Population pédiatrique 6-18 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR (13 articles)	Public et privé	Oui	Etats-Unis, Royaume-Uni	Varigonda AL. 2015 (68)
43% R-AMSTAR 56% PRISMA	Dépression majeure, dysthymie, non psychotique	ADNG sont plus efficaces que le placebo, pas les TC Pour les TC, l'âge n'influence pas l'efficacité	Enfants et adolescents 6-18 ans	Revue systématique puis méta-analyse d'ECR ou non contrôlés (41 articles)	NC	NC	Grèce	Papanikolaou K. 2006 (69)

ADNG : Antidépresseur de Nouvelle Génération ; ECR : Essai Contrôlé Randomisé ; EDM : Episode Dépressif Majeur ; ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine ; NC : Non Communiqué ; TC : Tricycliques ; TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale ; TF : Thérapie Familiale ; TIP : Thérapie Interpersonnelle ; TPD : psychothérapie Psychodynamique.

* articles provenant de la littérature grise.

B. Diagnostic

1. Critères diagnostiques

L'ensemble des études s'accordait sur le diagnostic de dépression selon les critères du DSM-IV-TR (30) ou de la CIM-10 (10) de l'OMS.

Dans le DSM-IV-TR, l'épisode dépressif majeur (EDM) était défini par la persistance de cinq symptômes au moins pendant deux semaines et marquant une rupture avec l'état antérieur.

Symptômes de l'épisode dépressif majeur :

- Humeur dépressive (ou plus spécifiquement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent) et perte d'intérêt ou de plaisir doivent faire partie des cinq symptômes,
- Perte ou gain de poids en l'absence de régime (chez l'enfant il faut aussi considérer l'absence d'augmentation de poids attendue),
- Insomnie ou hypersomnie,
- Agitation ou ralentissement psychomoteur,
- Fatigue ou perte d'énergie,
- Indécision ou diminution de l'aptitude à penser et à se concentrer,
- Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes sans plan précis ni tentative de suicide.

Les symptômes devaient induire une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, familial et scolaire.

Il fallait éliminer un épisode mixte, un deuil, un abus de substance, une maladie médicale générale, des idées délirantes ou des hallucinations non congruentes à l'humeur qui pouvaient causer ces symptômes.

Dans la CIM-10 (10) ; la notion de temps, les deux symptômes principaux ainsi que les autres symptômes étaient sensiblement les mêmes. Il n'y avait pas de notion de diagnostic différentiel.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) publiées en 2014 sur le repérage, le diagnostic et la prise en charge des manifestations dépressives à l'adolescence (8) utilisaient le DSM-5 (9). Il changeait peu du DSM-IV-TR si ce n'est que l'EDM était requalifié en EDC et que le deuil ne faisait plus partie d'un critère d'exclusion du diagnostic. La présence d'un EDC en plus de la réponse normale au deuil devait être envisagée.

2. Aide au diagnostic

De nombreuses échelles étaient disponibles pour l'aide au diagnostic du trouble dépressif chez l'enfant et l'adolescent. Les plus utilisées comprenaient à la fois les enfants et les adolescents : la Children's Depression Inventory (7 à 17 ans) (35,36,40,66), la Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescent (4 à 16 ans) (24,34,35,40) et la Beck Depression Inventory (plus de 13 ans) (24,35). Une échelle était plus spécifique de l'enfant : la Children's Depression Rating Scale-Revised (43,66) (6-12 ans) et une de l'adolescent : la Revised Beck Depression Inventory (24,34,36) (à partir de 13 ans). Le Mood and Feelings Questionnaire (7-18 ans) (34,66) et la Center for Epidemiological Studies-Depression Scale for Children (6 à 23 ans) (24,35,36,40) étaient très utilisés mais non validés en français.

En France la HAS recommandait l'Adolescent Depression Rating Scale (ADRS) (8) qui était composée d'un auto-questionnaire pour le patient avec dix items et d'un questionnaire destiné au praticien avec le même nombre d'items dont les réponses varient en fonction de l'intensité des symptômes. Il n'y avait pas de recommandations précises en France pour le repérage de la dépression chez l'enfant.

3. Evaluation de la sévérité et du retentissement

La sévérité de l'EDM était caractérisée comme suit dans le DSM-IV-TR (30) :

- EDM léger : peu ou pas de symptômes supplémentaires par rapport aux symptômes nécessaires au diagnostic (deux à trois symptômes supplémentaires pour la CIM-10). L'altération du fonctionnement est mineure.
- EDM modéré : symptômes et altération du fonctionnement compris entre léger et sévère (quatre symptômes supplémentaires ou plus pour la CIM-10).
- EDM sévère : plusieurs symptômes supplémentaires par rapport au nombre nécessaire pour répondre au diagnostic, et les symptômes perturbent nettement le fonctionnement (idem pour la CIM-10).

Il convenait d'évaluer également le retentissement de l'EDM (8,37,38,40). Il pouvait être physique, psychologique ou social et notamment dans le cadre scolaire (8).

Un des facteurs de sévérité de l'EDM était lié au retentissement sur le développement et le fonctionnement jusqu'à l'âge adulte (8).

4. Recherche des signes de gravité

Pour l'ensemble des études, la gravité relevait essentiellement du risque suicidaire (8,34–39,41–43). Celui-ci devait être évalué lorsque tout diagnostic d'EDM était suspecté ou confirmé. Les RPC les mieux notées selon la grille AGREE II précisait les signes à rechercher : les idées suicidaires, l'existence ou non d'un plan suicidaire, la létalité et l'accessibilité de la méthode choisie ainsi que les antécédents personnels ou familiaux de suicide (35). Les signes précurseurs de comportement suicidaire étaient l'agitation, l'irritabilité, le changement de comportement (37) et l'augmentation de l'hostilité (8).

Les recommandations espagnoles (36) proposaient l'aide d'échelles validées pour la détection du risque suicidaire chez l'adolescent comme la Risk of Suicide Questionnaire ou la Beck Hopelessness Scale (36). En France les recommandations de la HAS (8) proposaient le questionnaire TSTS-CAFARD pour l'évaluation du risque suicidaire chez l'adolescent. Il comportait une première partie avec des questions d'ouverture correspondant à l'acronyme TSTS : Traumatologie, Sommeil, Tabac, et Stress scolaire ou familial. La deuxième partie permettait de préciser la gravité des symptômes : Cauchemars, Agression, Fumeur, Absentéisme, Ressenti Désagréable familial. Trois réponses positives étaient prédictives de tentative de suicide dans la vie et d'idées suicidaires dans l'année. Aucune étude n'a proposé d'échelles de détection du risque suicidaire chez l'enfant.

Les autres signes de gravité retrouvés concernaient l'auto ou hétéro-agressivité (8,40) l'automutilation (34,39) et la négligence sévère de soi (37).

C. Critères d'orientation vers le spécialiste

En fonction des études, le spécialiste pouvait être le pédopsychiatre ou le psychiatre (8,34,35,38–40) (ambulatoire ou hospitalier en fonction des besoins) ou un centre multidisciplinaire spécialisé en santé mentale de l'enfant et de l'adolescent, notamment en Angleterre. Ces centres sont appelés CAMHS : Child And Adolescent Mental Health Services (34,35).

Les indications de l'orientation vers le spécialiste pouvaient être divisées en plusieurs catégories de critères : les critères cliniques, thérapeutiques, le contexte psycho-social et les difficultés du professionnel de santé.

1. Les critères cliniques

La sévérité des symptômes

Toutes les RPC s'accordaient à dire que la dépression sévère était un motif d'adressage. L'EDM modéré l'était également en première intention pour la plupart (34–36) (AGREE II respectivement 81%, 79%, 67%) sauf pour deux d'entre elles qui considéraient l'adressage au spécialiste après l'échec du traitement de première ligne (38,42). Ces études-là n'étaient pas les mieux évaluées selon les critères de la grille AGREE II (58% et 38%). Les résultats n'étaient pas clairs pour Zuckerbrot et al. (24) (AGREE II 62%).

La présence d'idées suicidaires (34), d'une intentionnalité suicidaire (8,40), d'un sentiment de désespoir profond (37) devait amener à consulter un spécialiste.

L'adressage devait se faire également s'il y avait une atteinte sévère du fonctionnement (37), une négligence sévère de soi (34) pendant plus d'un mois ou un évitement scolaire persistant (39).

Les caractéristiques de la dépression

Un enfant ou un adolescent était adressé à un spécialiste dès que la dépression présentait des caractéristiques particulières. Par exemple, les dépressions récurrentes, résistantes, atypiques ou psychotiques (8,34,40).

Les comorbidités

Les comorbidités psychiatriques devaient être considérées comme un facteur d'adressage en première intention : trouble anxieux, trouble de la personnalité (pour l'adolescent), trouble bipolaire ou pathologies psychotiques, trouble du comportement alimentaire, conduites à risque et conduites addictives ou abus de substance (39), trouble obsessionnel compulsif, ou trouble panique sévère (39).

Il fallait aussi considérer les comorbidités somatiques telles qu'une maladie organique décompensée (8).

2. Les critères thérapeutiques : échec de la prise en charge

La majorité des RPC recommandait l'adressage au spécialiste en cas d'échec du traitement quel qu'il soit et quel que soit le degré de sévérité de la dépression. Selon les recommandations NICE (34), qui étaient les mieux évaluées (AGREE II 81%), il était conseillé d'adresser si un EDM léger n'avait pas répondu après trois mois de prise en charge (thérapie de soutien, thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou auto-assistance). La recommandation de la HAS (8), également très bien évaluée (AGREE II 68%), réduisait le délai à 4 à 8 semaines de thérapie de soutien. Les recommandations de Singapour (40) et de Nouvelle Zélande (37) ne précisaient pas d'intervalle de durée.

En ce qui concerne le traitement médicamenteux, les recommandations de Singapour (40) proposaient un adressage après 4 semaines d'antidépresseurs à la dose maximale tolérée.

3. Contexte psycho-social

Une situation familiale difficile, une situation de crise ou ayant une incidence médico-légale devaient faire demander un avis spécialisé (8). Il était aussi envisagé lorsqu'il était demandé par le patient ou sa famille (34).

4. Difficultés du professionnel de santé

L'avis spécialisé pouvait être demandé lorsque le médecin lui-même était confronté à des difficultés ou ne se sentait pas compétent pour poser le diagnostic ou prendre en charge le patient (8,41). La recommandation de la HAS (8) précisait qu'un médecin de premier recours pouvait demander l'avis spécialisé s'il rencontrait des difficultés dans la relation thérapeutique, s'il souhaitait un avis ou une confirmation de son diagnostic, lorsque la psychothérapie était de longue durée ou lorsqu'il souhaitait une évaluation psychologique ou neuropsychologique.

D. Critères d'hospitalisation

La majorité des recommandations, et notamment les mieux évaluées, préconisait l'hospitalisation en cas de risque élevé de suicide (8,24,34,37) (AGREE II respectivement 68%, 62%, 81%, 65%), d'EDM sévère ou avec une composante psychotique (24,37).

En cas de conséquences sévères du trouble, automutilation grave ou auto-négligence sévère (34,37), de risque de passage à l'acte hétéro ou auto-agressif, de retentissement fonctionnel ou somatique important (8), l'hospitalisation était nécessaire.

Les patients devaient être hospitalisés si le contexte social empêchait une surveillance ambulatoire correcte (8,34), si l'environnement était délétère (maltraitance ou abus sexuels), s'il y avait une dégradation des relations secondaire au trouble dépressif et que les soins nécessitaient que le patient soit sorti de son environnement pour débiter la prise en charge (8).

Un enfant pouvait être hospitalisé contre son gré à la demande des parents, ils pouvaient également signer la sortie contre avis médical. Si l'hospitalisation était nécessaire et que les parents refusaient, les soins pouvaient être imposés par une ordonnance de placement provisoire (Article 375.9 du code civil (8)).

E. Données à rechercher pendant la consultation

1. Les données cliniques

La majorité des données à rechercher découle du chapitre précédent.

Il fallait évaluer le risque suicidaire, l'auto-négligence, l'auto ou hétéro-agressivité, le retentissement de la dépression dans la vie sociale et scolaire de l'enfant ou de l'adolescent et les conséquences physiques du trouble.

Il convenait de rechercher une comorbidité psychiatrique personnelle (trouble anxieux, trouble déficit de l'attention et hyperactivité, troubles alimentaires, troubles du sommeil (35), trouble des conduites (8,35) ou abus de substance (8,24,34,35), antécédent personnel de dépression ou de tentative de suicide (8,24,35)) et les pathologies chroniques ou les maladies sévères qui étaient des facteurs de risque de dépression (35).

Il était important de recueillir aussi les comorbidités psychiatriques parentales ou de manière plus générale dans l'entourage : antécédents psychiatriques de dépression, de tentative de suicide ou d'autres pathologies psychiatriques (24,35). La recommandation britannique NICE (34) conseillait de prendre en charge les pathologies mentales des parents en parallèle.

2. Diagnostics différentiels

Un examen clinique complet et d'éventuels examens complémentaires nécessaires (TSH) pouvaient être réalisés afin d'éliminer un diagnostic différentiel (39,40) (infections, troubles endocrines, anomalies métaboliques et atteintes du système nerveux central (35)).

3. Contexte

Il était nécessaire d'évaluer la qualité des relations interpersonnelles entre le patient et les membres de sa famille, ses amis, ses pairs, évaluer son réseau social (34) et sa situation scolaire (35). Le praticien devait se faire une idée de la situation familiale : statut socioprofessionnel des parents, statut marital, relation avec les parents. Être attentif en cas de désaccord familial, de divorce des parents, de situation de pauvreté, d'événements de vie négatifs, de perte d'un parent, de membre de la famille impliqué dans la délinquance, de violences familiales, d'absence de soutien relationnel (8).

Il fallait toujours rechercher une maltraitance, des abus physiques ou sexuels (8,24,34–36).

La recommandation britannique NICE (34) étendait les données à rechercher aux facteurs culturels et ethniques, qui étaient associés à un risque élevé de dépression (itinérance, statut de réfugié, vie en milieu institutionnel) ainsi que l'identité sexuelle. Les recommandations de la HAS (8) élargissaient la recherche aux pratiques sexuelles à risque et recommandaient de rester vigilant à la grossesse de l'adolescente.

4. Résumé des facteurs de risque de dépression

Le tableau ci-dessous reprend l'ensemble des facteurs de risque issus de la totalité des RPC incluses dans la méta-revue systématique.

Tableau 4 : Facteurs de risque individuels et environnementaux de dépression chez l'enfant et l'adolescent

Facteurs de risque individuels	
Age et genre	Sexe féminin et jeune adolescent
Antécédents personnels	De souffrance néonatale, pathologie de la petite enfance De trouble psychiatrique : symptômes dépressifs, EDM, trouble des conduites, risque suicidaire, trouble des conduites alimentaires, troubles du sommeil, fugue De maladie chronique ou maladie grave De consommation de substances psycho-actives
Antécédents traumatiques	Etat de stress post-traumatique, agression physique ou sexuelle, violences communautaires
Orientation sexuelle	Non hétérosexuelle
Puberté	Précoce
Sexualité à risque	Rapports précoces, non protégés, répétés, partenaires multiples. Grossesse à l'adolescence
Facteurs de risque environnementaux	
Situation familiale	Séparations répétées, placements itératifs, négligence, maltraitance, rejet, manque de soutien, indisponibilité, conflit intrafamilial, membre de la famille délinquant
Maltraitance	Harcèlement et humiliations, maltraitance physique, abus sexuels
Evénements négatifs	Agression, perte d'un proche ou d'un parent, conflit ou séparation parentale, déménagement
Psychopathologie parentale	Consommation à risque de substances psycho-actives Dépression parentale ou autre trouble psychiatrique
Situation sociale	Sans abris, réfugié, vie en institution ou en famille d'accueil, problèmes sentimentaux, exclusion ou perte d'amis
Situation scolaire	Transgression, échec scolaire, déscolarisation

La recommandation britannique NICE (34) considérait que la présence d'au moins deux facteurs de risque personnels de dépression ou un facteur de risque familial de dépression devait amener à adresser le patient au spécialiste.

F. Prise en charge

1. Conditions générales de prise en charge

Temps de consultation

Les recommandations de la HAS (8) décrivaient les quatre temps de la consultation qu'il faudrait idéalement appliquer lors d'un diagnostic ou d'un suivi de dépression. Une phase avec l'adolescent et les parents pour explorer les symptômes qu'ils ont repérés, préciser l'histoire du patient et la dynamique familiale. Une phase avec l'adolescent permettait d'exprimer sa souffrance, d'évoquer sa vie relationnelle et affective et d'aborder les conduites à risque. Une phase d'examen physique et une phase de restitution des éléments recueillis avec l'adolescent et sa famille. Cette dernière permettait aussi d'établir des objectifs thérapeutiques et une stratégie de soin claire et compréhensible de tout le monde (8).

La recommandation britannique NICE (34) concernant à la fois l'enfant et l'adolescent préconisait que ces derniers devaient pouvoir bénéficier d'un temps de consultation seul avec le médecin.

Consentement et alliance thérapeutique

La nécessité d'obtenir le consentement à la fois du patient et de ses parents était univoque. Il devait être obtenu dans tout processus thérapeutique engagé. Les choix thérapeutiques se faisaient en partenariat avec le patient et les parents (37). Ce consentement devait être éclairé (8) et il était conseillé d'obtenir un consentement écrit de la part des parents (34).

Le médecin devait établir une relation de confiance avec le patient, avoir une approche collaborative pour établir une alliance thérapeutique durable (8,24,35,36,57). Dans le cas de l'adolescent, il était recommandé de l'impliquer autant que possible dans le processus de décision en le considérant comme un individu singulier (8).

Implication de l'entourage

Il était important d'obtenir l'implication de l'entourage de l'enfant et de l'adolescent. Les parents avaient une place primordiale dans la détection des symptômes dépressifs et dans le support qu'ils apportaient à leur enfant tout au long du traitement (8,24). Ils avaient un rôle de réassurance et favorisaient l'adhésion thérapeutique de l'enfant (39). La psychoéducation se faisait à travers les informations du praticien mais il y avait également des stratégies d'auto-assistance pour les parents et les enfants qui pouvaient être des brochures, des livres, des supports informatisés, audios ou vidéos (36,37).

Plan de soin personnalisé et plan de sécurité

Le praticien décidait en collaboration avec le patient et ses parents d'un plan de soin personnalisé pour lequel ils discutaient des différentes options de prise en charge, expliquaient les modalités de la psychothérapie ou du traitement médicamenteux et choisissaient ensemble en fonction de la disponibilité des traitements, des préférences du patient, du contexte psychosocial (37), du risque suicidaire, de la sévérité de la maladie et des comorbidités (38).

Le patient définissait avec son médecin des objectifs à atteindre dans sa vie sociale, scolaire et familiale (24,38,39).

Les soins devaient augmenter l'estime de soi, apporter des stratégies de gestion du stress et d'adaptation aux changements dans la vie, améliorer les relations avec la famille et les pairs (35,56).

La grande majorité des recommandations conseillait d'établir un plan de sécurité (24,35–39) (AGREE II 62%, 79%, 67%, 65%, 58%) utile en cas d'aggravation des symptômes, d'apparition d'idées suicidaires ou de comportement dangereux. Il consistait à établir la liste des professionnels à contacter en cas d'urgence (35), enlever toutes les armes potentielles telles que les armes à feu et les substances toxiques (37). Le traitement médicamenteux devait être délivré seulement par un adulte (38).

Coordination des intervenants

La coordination des soins entre les différents acteurs de santé était un point qui était récurrent. La communication devait être claire et la coordination devait se faire entre les médecins généralistes, les psychiatres ou pédopsychiatres, les psychothérapeutes mais aussi les acteurs qui intervenaient dans le cadre scolaire (8,24,34,36).

Hygiène de vie

Il était conseillé d'ajouter au plan de soin des mesures d'hygiène de vie : alimentation équilibrée, exercice physique régulier (34) et sommeil suffisant étaient les règles principales (8,34,35,37,39,40). Il convenait de rappeler aux patients d'éviter l'alcool et les drogues (34,37), de réduire le stress et d'apprendre à gérer leur anxiété (37,40). Les parents maintenaient un cadre de vie structuré, la parentalité devait rester cohérente et efficace (34,37,39).

2. Informations à délivrer

L'information devait être adaptée à l'âge, au stade de développement, à la maturité émotionnelle et cognitive de l'enfant et l'adolescent (8,24,34). La langue et le bagage culturel du jeune et de sa famille (24,34,37), le contexte et la dynamique relationnelle intrafamiliale (8,24,34,37) étaient pris en compte dans l'information à délivrer.

L'ensemble des RPC s'accordait à dire que l'information couvrait la nature, l'évolution et la thérapeutique de la dépression (8,24,34,35,37–42).

Si une psychothérapie était envisagée, ses modalités étaient discutées : type de psychothérapie, délai d'action, nombre et fréquence des séances, travail personnel associé, coût, durée (8,35).

Si un traitement antidépresseur était prescrit, le patient et son entourage devaient recevoir des renseignements clairs et appropriés sur les modalités de prise, le délai avant le début de l'efficacité, la durée prévisible de traitement, les effets indésirables possibles (dont l'émergence ou l'augmentation des idées ou comportements suicidaires et le virage maniaque) et l'absence de risque d'addiction (34–36,40,41). L'arrêt du traitement ne se faisait pas à l'initiative du patient ou de sa famille mais dans le cadre d'un accompagnement médical (8). Le risque de syndrome de sevrage lié à l'arrêt brutal du traitement était notifié (8,41,42).

Les médecins expliquaient à l'enfant et l'adolescent, la notion de confidentialité et ses limites (8,24,37,43). Le jeune avait un droit de confidentialité, la discussion et l'obtention de son accord sur les informations à transmettre étaient recommandées (8). Celui-ci devait être prévenu si un autre intervenant devait être contacté. La famille devait être informée des éléments indispensables à la prise de décision (par exemple risque suicidaire) (8).

L'ensemble de ces données était accompagné d'un support écrit (34).

3. Traitements

L'ensemble des données dans cette partie correspondait aux résultats chez l'enfant et l'adolescent sauf mention spécifique.

a) Les psychothérapies

Les résultats ci-dessous étaient comparés au groupe contrôle (correspondant à l'absence de traitement, à la liste d'attente, au placebo psychologique ou au traitement standard).

Efficacité de la psychothérapie

La psychothérapie était efficace sur le court terme (54,57,60,66,67), les résultats sur le long terme (≥ 6 mois) n'étaient pas significatifs (54,57,66).

L'évaluation de la psychothérapie ne montrait que peu de preuves d'efficacité thérapeutique (54,57,67) (R-AMSTAR respectivement de 68, 67, 50%).

L'efficacité était plus importante lorsque l'âge (54,57), la sévérité de l'EDM (54), le nombre de séances de thérapie (57,66) augmentaient et variait en fonction de facteurs contextuels (57).

Les données sur le taux d'arrêt de traitement n'étaient pas significatives (54).

Type de psychothérapie

La TCC et la thérapie interpersonnelle (TIP) présentaient le plus de résultats significatifs dans les études les mieux évaluées, en post-traitement (54,57,60,66). Ces résultats étaient confirmés dans l'ensemble des RPC (8,34–40,42) qui recommandaient la TCC individuelle et la TIP comme psychothérapies spécifiques.

L'évaluation de la psychothérapie psychodynamique (TPD) ne retrouvait pas de résultats significatifs, selon l'étude la mieux évaluée (48). La thérapie familiale (TF) était efficace chez l'adolescent selon une étude bien évaluée (57). Cependant ces deux dernières conclusions ne s'appuyaient que sur peu de données. Dans certaines RPC, la TF (8,34,36,40) et la TPD (8,34,40) étaient recommandées.

La thérapie de soutien ne présentait pas de résultat significatif dans les études (54,57,60). La majorité des RPC la recommandait néanmoins (8,34–41).

Modalités de délivrance de la psychothérapie

La psychothérapie était délivrée par un thérapeute formé et expérimenté pour suivre les enfants et les adolescents (8,34,36,41). La thérapie de soutien pouvait être réalisée par un acteur de soins premiers formé (34–36). Un des guides nord-américain (38) spécifiait que le traitement par psychothérapie pouvait être débuté en soins premiers en attendant la consultation spécialisée. La durée de la psychothérapie spécifique (TCC, TIP, TF) était de minimum 8 à 12 semaines (34,36), en général à la fréquence d'une session par semaine (36). Après rémission, la psychothérapie pouvait être stoppée (8) (AGREE II 68%) ou poursuivie (34–36,42) (AGREE II respectivement de 81, 79, 67 et 38%) en fonction des RPC.

b) Les antidépresseurs

Hors mention contraire, dans le paragraphe, les résultats indiqués traitaient d'études comparant un antidépresseur à un placebo.

Efficacité des antidépresseurs dans les méta-analyses et revues systématiques

Les résultats présentés correspondaient aux études les mieux évaluées selon les grilles d'évaluation.

Les Antidépresseurs de Nouvelle Génération (ADNG) correspondaient aux ISRS (fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine, sertraline, citalopram, escitalopram), à la venlafaxine, à la mirtazapine et à la miansérine.

Concernant les ADNG, l'étude de Hetrick et al. (44) présentait le score R-AMSTAR le plus élevé (86%).

L'efficacité des ADNG était significative sur les symptômes dépressifs et le fonctionnement global (44,69) (R-AMSTAR respectivement de 86 et 43%). Les effets thérapeutiques restaient modestes (44) (R-AMSTAR 86%). L'amélioration de la qualité de vie chez les jeunes traités par ISRS n'était pas mise en évidence (63).

La fluoxétine prouvait une amélioration des symptômes dépressifs, de la rémission, du fonctionnement global (44,53,61) (R-AMSTAR respectivement de 86, 68 et 59%). L'escitalopram et la sertraline prouvaient une réduction des symptômes dépressifs (44,53). Le citalopram, la paroxétine, la venlafaxine, la mirtazapine ne démontraient pas d'action sur la dépression (44,53,61).

L'arrêt du traitement n'était pas plus important avec les ADNG (44,53).

Les effets secondaires (tous confondus) étaient plus fréquemment observés avec les ADNG ou la fluoxétine seule (44,53) (R-AMSTAR respectivement de 86 et 68%). Les résultats concernant les idées et comportements suicidaires présentaient une hétérogénéité, l'accroissement du risque suicidaire sous ADNG ne pouvait être affirmé (44) (R-AMSTAR 86%).

La sertraline était suggérée comme l'option optimale de traitement en termes d'efficacité, acceptabilité, sécurité dans une méta-analyse (53) (R-AMSTAR 68%).

L'âge ne modifiait pas l'effet (44).

Concernant les antidépresseurs tricycliques (TC), l'étude de Hazell et al. (47) présentait le score R-AMSTAR le plus élevé (77%).

Les TC ne prouvaient pas leur efficacité que ce soit sur la réduction des symptômes, la rémission, l'amélioration globale, les arrêts prématurés de traitement (47,69) (R-AMSTAR respectivement de 77 et 43%). Certains effets secondaires étaient plus fréquents avec les TC (47). L'âge ne modifiait pas l'effet (47,69).

Concernant la comparaison entre les antidépresseurs, l'étude de Qin et al. (50) présentait le score R-AMSTAR le plus élevé (75%).

L'analyse entre les ISRS et les TC ne retrouvait pas de différence d'efficacité (50). Lors d'une analyse en sous-groupe, déterminée par la taille des échantillons des études, les ISRS étaient plus efficaces que les TC (50). Plus de patients arrêtaient le traitement, toutes causes confondues, avec les TC qu'avec les ISRS (50). Les taux d'arrêt liés aux effets secondaires ou au suicide (idées ou comportements) n'étaient pas différents (50).

Synthèse de l'efficacité des antidépresseurs et rapprochement avec les données des RPC

La fluoxétine apparaissait comme le traitement de première ligne, si le traitement par antidépresseur était envisagé, dans les méta-analyses (44,53,61). Ces données étaient confirmées par les RPC (8,34–36,39) (AGREE II respectivement de 68, 81, 79, 67 et 50%).

Concernant la deuxième ligne de traitement, les méta-analyses mettaient en avant la sertraline ou l'escitalopram (44,53). Les RPC n'étaient pas consensuelles mais s'orientaient vers un ISRS (34,36,38). La RPC la mieux évaluée proposait la sertraline ou le citalopram (34). La sertraline apparaissait comme le traitement de seconde intention le plus approprié.

La paroxétine (34,36,40), la venlafaxine (34,36), la mirtazapine (36), les TC (34–36,42), le millepertuis (34) ne devaient pas être utilisés chez l'enfant ou l'adolescent.

Modalités de prescription des antidépresseurs

Des RPC précisait que la prescription d'un antidépresseur ne devait pas se faire sans l'avis d'un spécialiste (34,35,37) (AGREE II respectivement de 81, 79 et 67%). Un des guides nord-américain (38) spécifiait que le traitement par antidépresseur pouvait être débuté en soins premiers en attendant la consultation spécialisée (AGREE II 58%). Le guide de la HAS indiquait que la fluoxétine pouvait être prescrite en soins premiers (8) (AGREE II 68%).

Les interactions médicamenteuses étaient envisagées lors de la prescription (34).

La posologie efficace la plus faible possible d'antidépresseur était choisie (34,35,42).

Pour la fluoxétine, les RPC préconisaient un démarrage à 10 mg/jour pendant une semaine puis une augmentation, si nécessaire à la dose efficace de 20 mg/j une à deux semaines après, en fonction de la tolérance (8,34,36,38–40). La dose était diminuée en cas de faible poids (34) ou de jeune âge (39). Elle était augmentée en cas de poids élevé, d'âge plus avancé, d'EDM sévère, ou de nécessité de réponse rapide (34). La dose maximale était de 40 à 60 mg/j en fonction des publications (8,35,38,39).

Pour la sertraline, la posologie initiale correspondait à une demi-dose adulte soit 25 mg/j, elle était augmentée, si nécessaire, après 2 à 4 semaines à la dose adulte soit 50 mg/j (34,38).

Après rémission, le traitement devait être poursuivi à la même dose pendant 6 à 12 mois en fonction de la sévérité des symptômes (34–36,38–40,42,43).

L'arrêt s'effectuait progressivement sur 2 à 12 semaines pour prévenir le risque de rechute (8,34–36,38,39,42). En cas de rechute, l'antidépresseur était ré-initié (36).

c) Comparaison entre psychothérapie et antidépresseurs

Les résultats sur l'efficacité et la sécurité de la psychothérapie par rapport aux antidépresseurs ne révélaient que très peu de preuves (45) (R-AMSTAR 84%).

d) Le traitement combiné

L'efficacité globale de la combinaison des interventions psychologiques et des antidépresseurs ne pouvait être établie, que ce soit comparé aux antidépresseurs seuls ou à la psychothérapie seule ou à l'association psychothérapie et placebo (45,59,64). Les preuves étaient restreintes selon les études les mieux évaluées (45,59,64) (R-AMSTAR respectivement de 84, 64 et 55%).

Les résultats concernant la sécurité (45,64) (R-AMSTAR respectivement de 84 et 55%) ou l'acceptabilité (53) (R-AMSTAR 68%) n'étaient pas significatifs.

Dans plusieurs RPC, bien évaluées, l'antidépresseur n'était pas prescrit seul, l'association avec la psychothérapie était recommandée (34,39,40) (AGREE II respectivement de 81, 49 et 50%).

e) Autres traitements

Thérapie cognitivo-comportementale informatisée

Les données préliminaires sur les interventions en ligne en rapport avec la TCC semblaient être bénéfiques sur la dépression (55–58,62) mais insuffisantes pour tirer des conclusions. Les analyses retrouvaient une diminution des symptômes dépressifs, de la gravité, un meilleur fonctionnement et comportement global, une satisfaction de la part des patients et cliniciens (55,56,62). Le nombre d'études était faible. La seule évaluation sur la dépression en méta-analyse (sous-groupe) présentait un résultat hétérogène (58).

Les programmes évalués étaient des outils interactifs multimedia : Cognitive Behavioral Skills Training Program, SPARX, Computerized CBT, Master Your Mood, Stressbusters, CATCH IT, Blue Blaster, The Journey, MoodHelper (55,56,58,62).

Le groupe contrôle, si présent, recevait un traitement standard (traitement pharmacologique ou services psychosociaux ou *counselling*), une psychoéducation brève, un placebo, une entrevue motivationnelle ou une place sur liste d'attente.

Les résultats sur l'effet des réseaux sociaux (sites de réseautage social ou groupes de soutien en ligne) était divergents (55).

Anxiolytiques et hypnotiques

Les anxiolytiques ou hypnotiques n'étaient pas prescrits en première intention chez le jeune avec un EDM présentant une insomnie ou une anxiété (8,39). Si le traitement était nécessaire, la durée courte, l'association à des mesures hygiéno-diététiques et une psychothérapie devaient être respectées (8,37).

Autres approches

Chez l'adolescent, la thérapie par la danse et le mouvement ne démontrait pas d'effet sur la dépression (46).

Les preuves des effets de l'exercice physique sur la dépression étaient peu nombreuses et non probantes (49) (R-AMSTAR 75%).

Le soulagement des symptômes dépressifs grâce à la relaxation n'a pas pu être déterminé (52) (R-AMSTAR 73%).

Les interventions de *self-care* ou d'auto-prise en charge sur la dépression semblaient modestement efficaces à 6 mois, quasi-nulles à 12 mois (51) (R-AMSTAR 73%). Les données étaient hétérogènes, les conclusions étaient difficiles (51).

Malgré l'absence de preuves fortes dans ces méta-analyses, les RPC préconisaient en association au traitement de la dépression l'exercice physique (8,34,36–40) (AGREE II respectivement de 68, 81, 67, 65, 58, 50 et 49%), la gestion du stress (34,37,40) (AGREE II respectivement de 81, 65, 49%) et le *self-care* (24,34–39) (AGREE II respectivement de 62, 81, 79, 67, 65, 58, 50%).

4. Thérapeutiques conseillées dans l'EDM léger, modéré ou sévère

Les résultats de cette partie se dégageaient des RPC les mieux évaluées.

EDM léger

L'attente vigilante avec suivi toutes les deux semaines était préconisée durant un mois en soins premiers (34–36) (AGREE II respectivement de 81, 79, 67%). Après cette première phase (34), ou d'emblée selon la majorité des RPC (8,35–41) une thérapie de soutien, une TCC de groupe, un soutien dans l'auto-prise en charge, des conseils avisés du praticien étaient proposés en soins premiers (AGREE II respectivement de 81, 68, 79, 67, 65, 58, 50, 49, 45%).

La réévaluation du traitement se faisait entre 2 et 12 semaines, en moyenne à 6 semaines (8,34,36–38).

Si le jeune présentait une réponse partielle, la thérapeutique était poursuivie (8,37).

En l'absence d'amélioration, l'adressage à un spécialiste était conseillé (8,34,36,39). Une psychothérapie spécifique était mise en place (35,37,40,42).

En cas de refus par le patient ou la famille des propositions thérapeutiques, la thérapie de soutien pouvait être maintenue (38).

Dans l'EDM léger, les antidépresseurs n'étaient pas recommandés (8,34–37).

EDM Modéré

Lors d'un EDM modéré la prise en charge variait en fonction des RPC.

Le patient était référé initialement à un spécialiste (34–36,38,41).

Certaines sources proposaient une psychothérapie spécifique (34–36,39) (AGREE II respectivement de 81, 79, 67, 50%). Trois (8,37,41), moins bien évaluées, la précédaient d'une thérapie de soutien pendant 2 à 8 semaines (8,37). Elle pouvait être associée à un soutien dans l'auto-prise en charge (35).

Une alternative était le traitement combiné (ISRS et psychothérapie) (34,35,40) (AGREE II respectivement de 81, 79, 49%), notamment chez l'adolescent (34).

Après 4 à 8 semaines, la thérapeutique était réévaluée (8,34,36,37).

Si la réponse était partielle, le plan de soin était poursuivi (8).

En l'absence d'amélioration, l'orientation vers un spécialiste était reconsidérée (8,35,37,39), un bilan multidisciplinaire était souhaitable (34).

Les options thérapeutiques proposées étaient le changement de psychothérapie, l'ajout d'un antidépresseur (fluoxétine), l'ajout d'une psychothérapie ou le changement d'antidépresseur (citalopram, sertraline, escitalopram) (34,36,39).

EDM Sévère

Le patient était orienté vers un spécialiste (34–37,41).

Le traitement indiqué était soit une psychothérapie spécifique (8,34,36) (AGREE II respectivement de 68, 81, 67%) en particulier chez l'enfant (34,36), soit un traitement combiné (ISRS et psychothérapie) (34–36,40) (AGREE II respectivement de 81, 79, 67, 49%) en particulier chez l'adolescent (34).

La réévaluation s'effectuait entre 4 et 8 semaines (8,34,38).

Si la réponse était partielle, le traitement était continué (8).

En l'absence d'amélioration, un bilan multidisciplinaire était souhaitable (34,35,38).

Les options thérapeutiques proposées étaient l'ajout d'un antidépresseur (fluoxétine), l'ajout d'une psychothérapie, le changement de psychothérapie, l'intensification du traitement (augmentation de la dose de l'antidépresseur) ou le changement d'antidépresseur (sertraline, citalopram, escitalopram) (8,34,36,38).

Dans l'EDM modéré et sévère, si la psychothérapie était refusée par le patient ou la famille ou indisponible ou que la gravité de l'EDM empêchait tout travail relationnel, la fluoxétine était une alternative dans un premier temps (8,34–36,38).

Si la fluoxétine était refusée par le patient ou la famille, un autre antidépresseur pouvait être utilisé (sertraline, citalopram) (34).

En cas de refus de soins ou d'interruption prématurée des soins par le patient, ces derniers étaient notés dans le dossier et les soins étaient adaptés, diversifiés pour être plus acceptables (8). Cette situation n'était pas rare (8). Face à un refus de soins par l'autorité parentale, le médecin devait être le défenseur du jeune lorsqu'il estimait que l'intérêt de sa santé était mal compris ou mal préservé par son entourage (8).

G. Suivi

1. Fréquence du suivi

La fréquence du suivi médical préconisée était toutes les semaines le premier mois (34,35,38), puis toutes les deux semaines le second mois (38,39), puis tous les mois (38,42). Les consultations devaient être régulières mais la fréquence variait en fonction du patient (8,34,35,37,38,41). La programmation des rendez-vous était conseillée (8).

L'utilisation de moyens de communication tels que le téléphone, l'email, le texto pouvait compléter ou prendre la place de certaines consultations (37,38,41). Le personnel paramédical, spécialement formé, pouvait s'associer au suivi et remplacer certaines consultations médicales (41).

Après rémission, le suivi était maintenu 6 à 12 mois en fonction de la sévérité de la dépression (8,34,38,39).

Après l'arrêt des antidépresseurs, la surveillance était continuée 2 à 3 mois (38).

2. Eléments du suivi

La réponse au traitement était évaluée en fonction des symptômes, des progrès, du fonctionnement, des difficultés rencontrées (34,35,39,41–43). Des outils brefs et validés pouvaient aider à l'évaluation du patient (34,37,41).

Le risque suicidaire devait être évalué (35–42), particulièrement lors des premières semaines après l'initiation d'un traitement ou lors des changements de doses (8,35,36,38,40).

Les effets secondaires devaient être recherchés (34–36,38,40–43) et pris en charge (38,41). Les ISRS pouvaient engendrer : céphalées, troubles gastro-intestinaux, troubles de l'appétit, troubles de maturation et dysfonctions sexuelles, troubles de la croissance, prurit, hypersudation, troubles du sommeil, agitation, anxiété, irritabilité, désinhibition, auto ou hétéro-agressivité, pensées ou comportements suicidaires, manie ou hypomanie (8,35,36,38,39,41,42).

Pour les effets secondaires transitoires et/ou tolérables, l'explication, la réassurance, l'attente étaient suffisantes (38,41). Pour les effets secondaires persistants et/ou sévères, la réduction de la dose et une nouvelle titration étaient nécessaires, voire un arrêt ou un changement du traitement, associé à un traitement symptomatique (38,41). Les antidépresseurs étaient arrêtés si le patient présentait une augmentation du risque suicidaire 7 à 10 jours après l'introduction ou l'augmentation du traitement (35,38).

La rémission était définie comme l'absence de symptôme ou le plein fonctionnement pendant au moins 8 semaines (34).

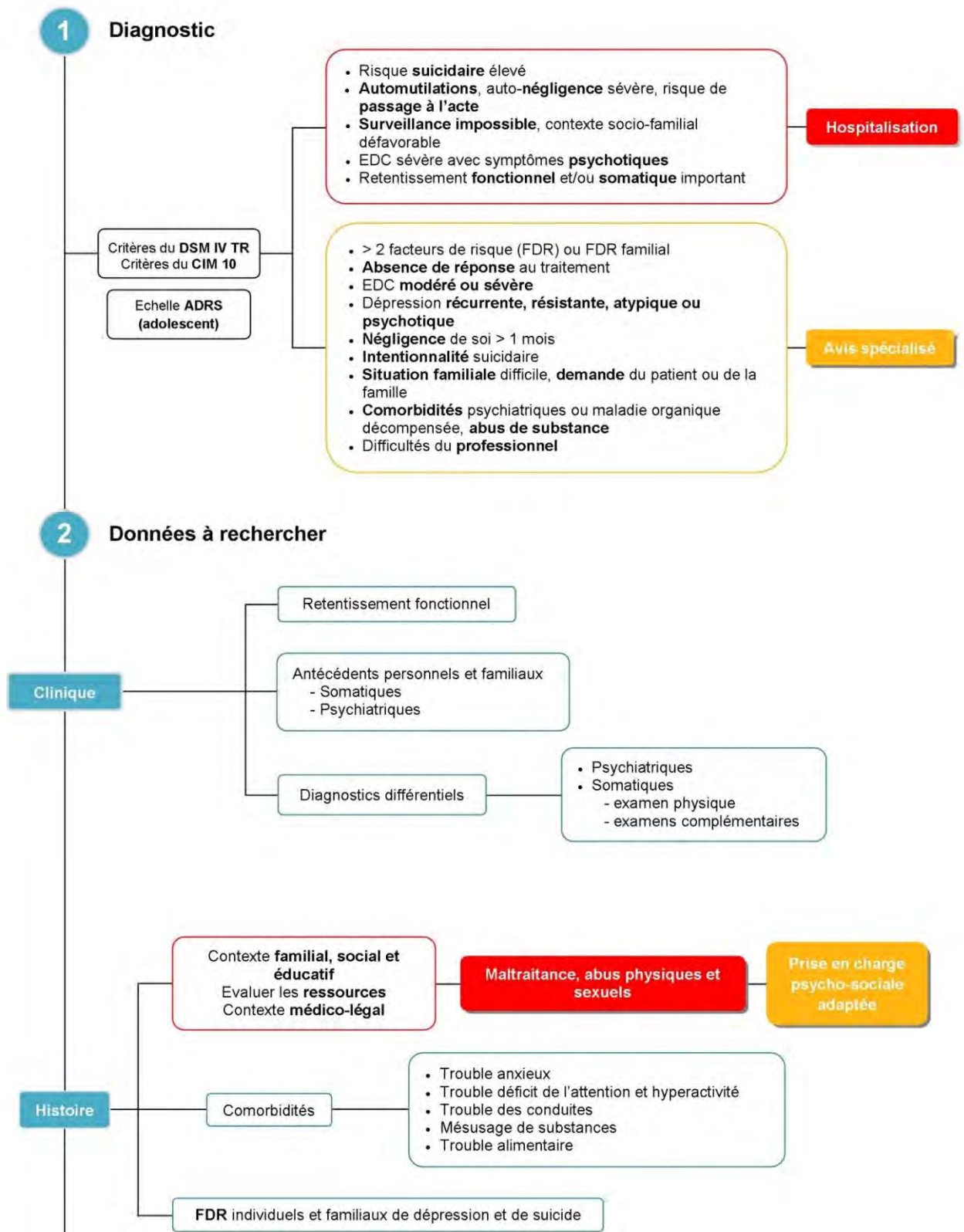
La non-réponse au traitement n'était pas établie avant 6 à 8 semaines ou avant l'achèvement du traitement initial (35,36,38,39,42).

En l'absence d'amélioration, la révision du diagnostic (34–36,38,42), la vérification de l'observance (35,36), la considération des facteurs associés (comorbidités, abus de substance, facteurs de risque psychosociaux individuels ou familiaux) (34,35,43) étaient recommandées avant la modification du plan de traitement. Si ces facteurs n'intervenaient pas dans l'échec du traitement, une modification de la stratégie thérapeutique était envisagée (39).

Les signes de rechute, les symptômes de sevrage (sensations vertigineuses, troubles du sommeil, nausées, asthénie, céphalées) étaient recherchés et un plan d'action prévu (35,37,38,42).

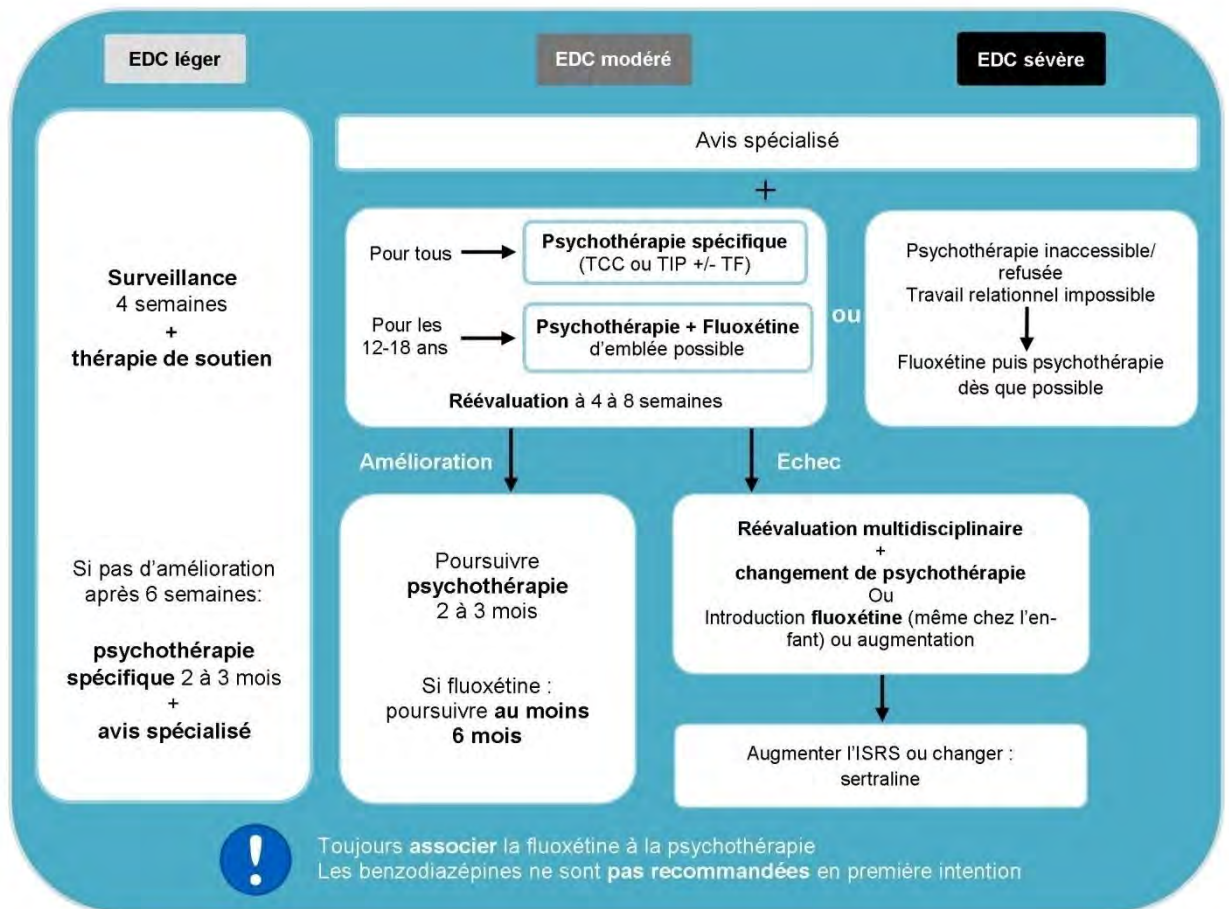
V. Guide pratique de prise en charge de la dépression chez les enfants et les adolescents en soins premiers

Figure 2 : Guide pratique de prise en charge de la dépression chez les enfants et les adolescents en soins premiers



3

Algorithme de prise en charge



4

Conditions associées au traitement

- Alliance thérapeutique et consentement avec le patient et les parents, implication de l'entourage.
- Temps de consultation individuel à chaque consultation.
- Plan de soins personnalisé avec mise en place d'objectifs spécifiques.
- Plan de sécurité.
- Coordination entre les différents intervenants.
- Choix thérapeutique en partenariat avec le patient et les parents.
- Psycho-éducation et stratégies d'auto-assistance.
- Hygiène de vie : alimentation équilibrée, sommeil suffisant et activité physique régulière.

Fluoxétine :

10 mg/j puis passer à 20mg/j à 1 semaine
Maximum 40 mg/j

Sertraline

Débuter à demi-dose de l'adulte
Poursuivre 6 mois après rémission
Arrêt en 2 à 12 semaines

5

Informations à délivrer

- Informations **adaptées** à l'âge du patient, à sa maturité, à sa langue. Support écrit.
- **Pathologie** : nature, causes, évolution, conséquences de l'absence de prise en charge.
- Les différentes **options** de traitement. Nécessité d'observance.
- **Traitement antidépresseur** : justification des traitements, effets indésirables, délai avant le début de l'effet, durée prévisible, modalités de surveillance, conséquence de l'arrêt brutal.
- **Psychothérapie** : modalités, nombre de séances, durée, coût.
- **Confidentialité** : informations à transmettre et accord du patient.

6

Suivi

- **Consultations** : **1 fois par semaine** le 1er mois puis à évaluer en fonction du patient, généralement **tous les 15 jours** le deuxième mois puis **une fois** par mois.
- **Thérapeutique** : surveillance de l'efficacité, des **effets indésirables (EI)**, adhésion au traitement, risque suicidaire (idées, plan, létalité et disponibilité de la méthode, changement de comportement). Accompagnement de l'arrêt des traitements.

EI: Expliquer et rassurer

- **Peu sévère** : attendre 2 à 5 jours, traitement symptomatique
- **Modéré** : diminuer ou changer d'antidépresseur
- **Sévère** : stopper

VI. Discussion

A. Synthèse des résultats

Cette méta-revue de la littérature a permis de créer un guide de prise en charge de la dépression chez l'enfant et l'adolescent en soins premiers. En première intention, lors d'un EDM léger une surveillance et une thérapie de soutien pendant 4 à 6 semaines étaient préconisées ; lors d'un EDM modéré et sévère l'adressage vers un spécialiste était recommandé.

B. Forces et limites de la revue

Dans une revue de la littérature, la validité des résultats est conditionnée par la clarté de la question clinique, l'exhaustivité de la recherche, l'explication de la sélection des articles, l'évaluation méthodologique des études, l'extraction et la synthèse qualitative des résultats (25).

1. Limites

La question de recherche était large, avec pour conséquence une diversité et un grand nombre de données recueillies.

Certains critères d'inclusion pouvaient être considérés comme une limite : la restriction des dates de publication et des langues. La période de publication a été définie afin d'étudier la littérature la plus récente et selon une méthodologie identique aux autres revues effectuées. Le critère de langage correspondait aux capacités de lecture des auteurs.

Malgré les investigations, un des articles n'a pu être obtenu.

L'évaluation des RPC a été effectuée grâce à la grille AGREE II. Cette grille comprend six domaines d'évaluation pour lesquels des scores de qualité sont calculés en pourcentages. Ces scores ne devraient pas être regroupés en un score global car chaque domaine est indépendant et porte sur une dimension particulière de la qualité des RPC. Pour faciliter la hiérarchisation des articles et la visibilité des résultats, le choix de présenter les évaluations en un seul score global de qualité a été décidé, entraînant un biais d'interprétation.

Certaines études soulignaient la difficulté de synthétiser les données du fait de la présence de lacunes méthodologiques ou d'hétérogénéité dans les essais (44,45). Chez l'enfant et l'adolescent, les données étaient pauvres (44). Ces paramètres engendraient des biais et surtout incitaient à la prudence quant à l'interprétation des résultats.

2. Forces

La revue effectuée est, à notre connaissance, la seule réalisée récemment (moins de cinq ans) concernant l'enfant et l'adolescent à destination spécifique du médecin généraliste.

Trois bases de données reconnues ont été interrogées, une recherche manuelle a complété ce recueil en explorant la littérature grise et les références bibliographiques des articles sélectionnés afin de limiter le biais de publication.

Chaque étape a été effectuée indépendamment par les deux auteurs de cette thèse, selon les recommandations PRISMA, limitant d'éventuels biais de sélection et de classement.

Les types d'articles sélectionnés étaient des revues systématiques, méta-analyses ou RPC et avaient, de par leur conception, un niveau de preuve élevé. L'évaluation méthodologique et qualitative des articles a suivi un protocole uniformisé à l'aide d'outils reconnus (PRISMA, R-AMSTAR, AGREE II). Cette étape a permis la hiérarchisation des articles et des informations extraites selon leur validité. Le guide est la compilation des données de la littérature sur le sujet, selon leur évaluation.

Les méta-revues incluaient les types d'articles les mieux validés permettant d'avoir accès aux données de la médecine factuelle les plus utiles pour la pratique clinique (70). La méthodologie des méta-revues avait pour objectif de synthétiser ces données et de les intégrer à la pratique clinique (71–73).

Les articles inclus présentaient une qualité variable lors de l'évaluation. La moyenne globale des scores des grilles R-AMSTAR et PRISMA étaient respectivement de 65% et 72%. Sur 26 études, 23 (88%) et 24 (92%) remplissaient plus de 50% des critères. Quatorze (54%) et 16 (62%) des 26 études avaient des notes supérieures ou égales à 67%.

La moyenne globale des scores de la grille AGREE II était de 57%. Sept RPC sur 12 (58%) remplissaient plus de 50% des critères. Quatre RPC possédaient une note de 67% ou plus (33%) et seulement une RPC de 33% ou moins (8%).

C. Discussion des résultats

1. Définition de la question de recherche

Le sujet de cette thèse a été élaboré suite à la thèse des Docteurs Driot et Soulié-Albouy en décembre 2014 relative à la primo-prescription des antidépresseurs en soins premiers. La HAS a publié de façon contemporaine une recommandation sur les manifestations dépressives à l'adolescence. Cette recommandation ne concernait pas l'enfant de moins de 12 ans. L'objectif final, à savoir la création d'un guide numérique à l'attention des médecins généralistes, référait dans cette optique à une uniformisation méthodologique entre les différentes thèses réalisées.

Le trouble anxieux, fréquent chez l'enfant et l'adolescent (prévalence globale entre 8 et 30%) et souvent associé à la dépression (74), n'a pas été pris en compte dans cette thèse. L'intégration du trouble anxieux aurait permis d'optimiser le guide, mais la question de recherche aurait été plus large. Les risques liés à ce trouble sont plus faibles à court terme (74). Le choix a été fait de ne pas l'inclure. Une recherche complémentaire sur ce thème pourrait être intéressante.

Le dépistage de la dépression chez l'enfant et l'adolescent en soins premiers n'a pas été exploré. C'est un élément important lors de la pratique, mais la question de recherche aurait été plus vaste. Le dépistage en population générale sortait du cadre de la prise en charge lors du diagnostic de dépression et a été écarté.

2. La prescription d'antidépresseurs en France

Si la prescription d'un antidépresseur s'avère nécessaire dans la prise en charge de la dépression de l'enfant ou de l'adolescent, la fluoxétine apparaît comme la référence selon les méta-analyses et les RPC (8,34–36,39,40,44,53,61). La sertraline peut avoir une place en seconde intention (34,36,53). Cependant, en France, seule la fluoxétine a l'AMM (Autorisation de mise sur le marché), pour le trouble dépressif chez l'enfant ou adolescent, par extension européenne depuis août 2006 (4). Cette AMM n'a été obtenue que dans le traitement des EDM, d'intensité modérée à sévère, en association à une prise en charge psychothérapeutique, chez les enfants de 8 ans ou plus, n'ayant pas répondu à 4 à 6 séances de psychothérapie seule (75). Dans les cas où la prescription concernerait la fluoxétine avant 8 ans ou la sertraline ou un autre antidépresseur, celle-ci se ferait hors AMM (la sertraline n'a l'AMM que dans le trouble obsessionnel compulsif chez l'enfant et l'adolescent à partir de 6 ans) (76). La dernière commission de la transparence de la fluoxétine en juillet 2014 rappelle ces informations et indique que les études ont évalué l'efficacité de la molécule hors du champ de l'AMM actuelle, de ce fait les données sont difficiles à prendre en compte (75).

Pour mémoire, la fluoxétine n'est pas remboursable dans l'EDM chez le jeune (75). Le laboratoire n'a pas sollicité l'inscription sur la liste des médicaments remboursables et n'a donc pas revendiqué de service médical rendu. La commission a cependant considéré le service médical rendu comme insuffisant dans cette indication (75).

La prescription hors AMM est retrouvée en milieu hospitalier, en médecine de ville, chez l'enfant et l'adolescent, chez l'adulte et dans tous les pays (77). Elle est importante en pédopsychiatrie (78). Le médecin peut prescrire des médicaments hors AMM (79). Ces prescriptions doivent être conformes aux données récentes de la science (80). Elles exposent le patient à un risque médical accru (78). Le médecin se place hors du champ réglementaire et, à ce titre, se trouve juridiquement responsable (81–83). En plus de l'implication juridique, en pédopsychiatrie l'aspect éthique est soulevé (78). Le médecin doit peser en conscience le rapport bénéfice-risque de la prescription hors AMM (78).

3. Le manque de preuve

Cette problématique met en exergue la nécessité d'études évaluant l'efficacité et la sécurité des médicaments en pédiatrie (77). Les essais cliniques chez l'enfant et l'adolescent restent rares, de même que les demandes d'extensions d'AMM par les laboratoires (78).

L'étroitesse du marché pédiatrique, peu rentable, n'incite pas l'industrie pharmaceutique à développer des spécialités adaptées à l'enfant ou l'adolescent (77,78). La réalisation d'essais thérapeutiques dans cette population est difficile en raison de problèmes méthodologiques, de limitations juridiques et de contraintes éthiques (77,78).

Les autorités sanitaires et politiques devraient encourager les recherches chez l'enfant et l'adolescent (78). Aux Etats-Unis, la Pediatric Research Equity Act (PREA) impose depuis 2003 la réalisation d'études pédiatriques avant tout enregistrement d'un médicament (78).

Dans les méta-analyses sélectionnées, les données sont peu nombreuses (45,53,57,59,64) ; certaines études présentent un faible effectif (48,60,61,65,69) ; l'absence de suivi à long terme est récurrente (44,47,57,65,67). L'hétérogénéité est retrouvée dans la population étudiée, les mesures utilisées et les interventions analysées (type et modalités) de nombreuses études (47–49,59,61,64,69). Les enfants et les adolescents sont sélectionnés selon des critères variables en termes de mode de recrutement, de diagnostic, de comorbidités et d'idées suicidaires (44,45,54,60,61,69). Les outils de mesure employés ne sont pas homogènes (44,61,69) et la définition de l'amélioration ou de la rémission n'est pas consensuelle (44,45,64,69) entre les essais. Concernant la psychothérapie, la méthode et la qualité thérapeutique fluctuent (44,60,64,65), le groupe contrôle reçoit des traitements multiples (48,54,61,67) et la comparaison en aveugle paraît impossible (44,45). Ces facteurs influent sur la comparabilité entre les études.

La nécessité d'études, selon une méthodologie rigoureuse, sur l'évaluation de points précis, dans une population représentative et sur le long terme est soulignée par les auteurs des méta-analyses et RPC. La recommandation NICE propose notamment des essais contrôlés randomisés en aveugle sur les thérapies (TCC, TF, TPD), la fluoxétine, les traitements combinés, le *self-care* et la TCC informatisée, chez les enfants et adolescents présentant un EDM modéré à sévère avec des critères d'exclusion minimaux et un suivi sur le long terme (34).

4. La TCC informatisée

Avec le développement d'internet, de l'accessibilité aux ordinateurs et aux smartphones, une nouvelle forme de psychothérapie est apparue ; la thérapie médiée par le net (34,55,56). Les résultats sont encourageants. Trois des quatre études incluses retrouvent une amélioration des symptômes dépressifs chez l'enfant et l'adolescent (55,56,62).

Il s'agit d'interventions en ligne basées sur la TCC. Les plus reconnues chez l'enfant et l'adolescent sont MoodGym (55,62), the Blue Blaster (55), Master your mood online et CATCH IT (56). Il s'agit de sites internet gratuits qui permettent de délivrer un nombre de séances de thérapie variable en fonction du site, à travers des textes, des images et des vidéos.

Par exemple, Moodgym est composée de cinq modules : un sur les sentiments, un sur les pensées/les émotions, un sur la correction des pensées, un sur la réduction du stress et un basé sur les relations interpersonnelles. Au départ, le niveau de symptômes dépressifs et anxieux ainsi que l'estime de soi sont évalués par des questionnaires puis l'utilisateur passe aux modules. Pour chacun, il y a des mises en situations interactives avec des explications sur les perceptions, les sentiments, les stratégies à adopter, les comportements à modifier (84). Malheureusement il n'est pas traduit dans notre langue et aucun programme du genre n'a pu être trouvé en français (84).

Un article de NICE sur les TCC informatisées dans la dépression et l'anxiété est sorti en 2006 (85). Il n'est pas spécifique à l'enfant et à l'adolescent mais reconnaît l'intérêt de la TCC informatisée et notamment de Beating the blues (pas de limite d'âge), de Cope (plus de 11 ans) et de Overcoming depression (à partir de 9 à 12 ans), qui sont des programmes payants (86).

De nombreux avantages sont reconnus à ces nouveaux modes de thérapie. Ils présentent l'intérêt d'être plus accessibles en termes de disponibilité (85,86) et de coût (86) par rapport aux thérapies classiques. Le traitement est plus flexible et peut être bénéfique pour ceux qui souffrent d'agoraphobie (85). Plus spécifiquement pour les enfants et les adolescents, ces programmes permettent de remédier à la stigmatisation et à la gêne occasionnée par la demande d'aide extérieure : les services sont majoritairement gratuits, anonymes et accessibles partout (86).

L'impact des réseaux sociaux et des groupes de soutien en ligne a aussi été étudié. Il était moins net que les TCC en ligne mais une seule étude a été incluse sur ce sujet (55).

Les thérapies informatisées qui peuvent être utilisées via internet pour la dépression de l'enfant et de l'adolescent ont été très peu étudiées à ce jour. Elles sont pour l'instant conseillées en supplément des thérapies conventionnelles (85–87). Ces aides thérapeutiques méritent d'être évaluées et développées, notamment en France.

D. Mise en application de l'argumentaire

Un outil permettant d'orienter le médecin généraliste vers la prise en charge la plus appropriée ou vers la prescription de thérapeutiques en fonction de la sévérité de la pathologie et des caractéristiques du patient paraît réalisable et utile. Plusieurs thèses ont été réalisées dans ce cadre (primo-prescription des benzodiazépines dans les troubles anxieux et l'insomnie, des antidépresseurs dans les troubles dépressifs et anxieux, des antipsychotiques dans les troubles comportementaux liés aux démences et les états d'agitation aigus, des psychotropes chez la femme enceinte et allaitante). Ce travail a suivi la même méthodologie et complète cette base de données. L'exploitation au travers d'outils numériques (site internet) apporterait au médecin de premier recours un soutien dans ses décisions thérapeutiques au cours de la consultation.

VII. Conclusion

Cette méta-revue systématique a permis de préciser les éléments importants de la prise en charge de la dépression de l'enfant et de l'adolescent en soins premiers et d'établir un guide pratique destiné aux médecins généralistes. Ce guide définit de façon simple les données à rechercher pour aider au diagnostic et à la prise en charge, les informations à délivrer au patient et à sa famille. Il propose un diagramme de prise en charge thérapeutique, décrit les conditions associées au traitement et les éléments de suivi. Ce travail s'inscrit dans la lignée de plusieurs autres thèses dont le but est d'établir un site internet d'aide à la prescription des psychotropes en soins premiers.

La prise en charge de la dépression dans cette population a fait l'objet de peu d'études, dont beaucoup ont des limites méthodologiques. De plus, les prescriptions médicamenteuses se font souvent hors AMM. L'étude réalisée pour cette thèse permet d'uniformiser les pratiques en tenant compte de la balance bénéfice-risque qui est un critère majeur dans la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent. Elle tient également compte de la validité qualitative des études incluses afin d'obtenir les données actuelles les plus pertinentes de la littérature.

Des données sont ressorties concernant l'utilisation nouvelle des thérapies informatisées et des réseaux sociaux dans la prise en charge de la dépression de l'enfant et de l'adolescent. Ces données proviennent de publications internationales mais aucune n'a été trouvée en France. Nous ne pouvons actuellement ignorer le développement des nouvelles technologies dont les jeunes sont les principaux utilisateurs. Les résultats préliminaires sont en faveur de l'efficacité de ces thérapies et c'est à ce titre que de plus amples recherches sont souhaitables.

Toulouse le 25/10/2016
vu


Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTVÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 25.10.2016


Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D. CARRIE

BIBLIOGRAPHIE

1. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):21–7.
2. Mathet F, Martin-Guehl C, Maurice-Tison S, Bouvard M-P. Prévalence des troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent consultant en médecine générale. Enquête auprès du Réseau Sentinelle Aquitaine. *L'Encéphale.* 2003 Oct;29(5):391–400.
3. Académie Nationale de Médecine. Les antidépresseurs. *Bull. Acad. Natle Méd.;* 2014 p. 847–58. (198). Report No.: s 4-5.
4. Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps). Le bon usage des antidépresseurs au cours de la dépression chez l'enfant et l'adolescent, mise au point. 2008.
5. Bonnot O. États dépressifs à l'adolescence. *Traité Médecine AKOS.* 2009 Jan;4(2):1–7.
6. Tandonnet L, Braconnier A, Marcelli D. Dépressions à l'adolescence. *EMC - Pédopsychiatrie.* 2013;11(1):1–12 [Article 37–214–A–10].
7. Marcelli D. Dépression chez l'enfant. *EMC - Psychiatr.* 2009 Jan;6(3):1–10.
8. Haute Autorité de Santé (HAS). Manifestations dépressives à l'adolescence: repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. 2014.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition.* Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
10. World Health Organization. *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines.* 10th ed. Geneva; 1992.
11. Marcelli D, Humeau M. Suicide et tentative de suicide chez l'adolescent. *EMC - Psychiatr.* 2006 Jan;3(4):1–11.
12. Observatoire Régional de la Santé Midi-Pyrénées (ORMIP). *Suicides et tentatives de suicides en Midi-Pyrénées. Dossier épidémiologique.* 2012.
13. Delamare C, Martin C, Blanchon Y-C. Tentatives de suicide chez l'enfant de moins de 13 ans. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2007 Apr;55(1):41–51.
14. Stheneur C. Tentative de suicide : comment repérer un adolescent en danger? *J Pédiatrie Puériculture.* 2006 Sep;19(6):218–22.
15. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *Santé Homme Inpes.* 2012;(421):43–5.
16. Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert P (sous la dir.). *La dépression en France.* Saint-Denis: INPES; 2009. 208 p. (Études santé).
17. Morvan Y, Prieto A, Briffault X, Blanchet A, Dardennes L, Rouillon F, et al. La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soins. *Baromètre santé 2005 Attitudes et comportements de santé;* 2006.

18. Haut Conseil de Santé Publique. Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008. 2011 Oct.
19. Kovess-Masféty V, Shojaei T, Pitrou I, Gilbert F. Besoin de soins en santé mentale versus besoin de soins en pédopsychiatrie. Approche épidémiologique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2009 Sep;57(6):494–501.
20. Deniau E, Cohen D. Prescription d'antidépresseurs chez les enfants et les adolescents. *EMC - Psychiatr.* 2011 Jan;8(1):1–8.
21. Acquaviva E, Peyre H, Falissard B. Panorama de la prescription et de la consommation des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent en France. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2012 Jan;60(1):77–85.
22. Food and Drug Administration (FDA). Worsening Depression and Suicidality in Patients Being Treated With Antidepressants. 2004 Mar 22;
23. Memorandum Department of Health and Human Services Public Health Service Food and Drug Administration Center for Drug Evaluation and Research, Laughren TP, M.D., Director, Division of Psychiatry Products. Overview for December 13 Meeting of Psychopharmacologic Drugs Advisory Committee (PDAC). 2006.
24. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein REK, Laraque D, GLAD-PC Steering Group. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics.* 2007 Nov;120(5):e1299-1312.
25. Higgins J, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.1.0 [updated March 2011]. Cochrane Collab [Internet]. 2011; Available from: <http://handbook.cochrane.org/>
26. Gopalakrishnan S, Ganeshkumar P. Systematic Reviews and Meta-analysis: Understanding the Best Evidence in Primary Healthcare. *J Fam Med Prim Care.* 2013;2(1):9–14.
27. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ.* 2009;339:b2700.
28. PROSPERO International prospective register of systematic reviews [Internet]. Available from: <http://www.crd.york.ac.uk/prospero/>
29. Optimal management of depression in children and adolescents in primary care: a systematic meta-review [Internet]. Available from: http://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.asp?ID=CRD42016042710
30. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* Texte révisé. Elsevier Masson; 2004. 1065 p.
31. Agence canadienne des médicaments et des technologies de la santé (ACMTS). *Matière grise: un outil pratique de recherche de la littérature grise sur la santé* [Internet]. 2015. Available from: <https://www.cadth.ca/fr/ressources/trouver-les-preuves/matiere-grise>
32. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: Advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 2010;182(18):E839-842.

33. Kung J, Chiappelli F, Cajulis OO, Avezova R, Kossan G, Chew L, et al. From Systematic Reviews to Clinical Recommendations for Evidence-Based Health Care: Validation of Revised Assessment of Multiple Systematic Reviews (R-AMSTAR) for Grading of Clinical Relevance. *Open Dent J.* 2010;4:84–91.
34. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Depression in children and young people: identification and management. Clinical guidance. National Institute for Health and Clinical Excellence; 2015.
35. McDermott B, Baigent M, Chanen A, Fraser L, Graetz B, Hayman N, et al. Clinical practice guidelines: Depression in adolescents and young adults. Melbourne: beyondblue: the national depression initiative; 2010.
36. Working group of the Clinical Practice Guideline on the Management of Major Depression in Childhood and Adolescence. Clinical Practice Guideline on Major Depression in Childhood and Adolescence. Quality Plan for the National Health System of the Ministry of Health and Social Policy. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2009.
37. New Zealand Guidelines Group. Identification of Common Mental Disorders and Management of Depression in Primary Care. An Evidence-based Best Practice Guideline. New Zealand Guidelines Group; Wellington; 2008.
38. Cheung AH, Zuckerbrot RA, Jensen PS, Ghalib K, Laraque D, Stein REK, et al. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): II. Treatment and ongoing management. *Pediatrics.* 2007 Nov;120(5):e1313-1326.
39. British Columbia. Anxiety and Depression in Children and Youth - Diagnosis and Treatment - Guidelines and Protocols Advisory Committee. 2010 Jan 1;
40. Ministry of Health Singapore. MOH Clinical Practice Guidelines on Depression. 2012.
41. Cleare A, Pariante CM, Young AH, Anderson IM, Christmas D, Cowen PJ, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: A revision of the 2008 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol Oxf Engl.* 2015 May;29(5):459–525.
42. Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller H-J, World Federation of Societies Biological Psychiatry Task Force on Treatment Guidelines for Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 1: Acute and continuation treatment of major depressive disorder. *World J Biol Psychiatry Off J World Fed Soc Biol Psychiatry.* 2002 Jan;3(1):5–43.
43. Birmaher B, Brent D, AACAP Work Group on Quality Issues, Bernet W, Bukstein O, Walter H, et al. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007 Nov;46(11):1503–26.
44. Hetrick SE, McKenzie JE, Cox GR, Simmons MB, Merry SN. Newer generation antidepressants for depressive disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012 Nov 14;11:CD004851.

45. Cox GR, Callahan P, Churchill R, Hunot V, Merry SN, Parker AG, et al. Psychological therapies versus antidepressant medication, alone and in combination for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014 Nov 30;(11):CD008324.
46. Meekums B, Karkou V, Nelson EA. Dance movement therapy for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Feb 19;(2):CD009895.
47. Hazell P, Mirzaie M. Tricyclic drugs for depression in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 18;(6):CD002317.
48. Abbass AA, Rabung S, Leichsenring F, Refseth JS, Midgley N. Psychodynamic psychotherapy for children and adolescents: a meta-analysis of short-term psychodynamic models. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013 Aug;52(8):863–75.
49. Larun L, Nordheim LV, Ekeland E, Hagen KB, Heian F. Exercise in prevention and treatment of anxiety and depression among children and young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006 Jul 19;(3):CD004691.
50. Qin B, Zhang Y, Zhou X, Cheng P, Liu Y, Chen J, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants in young patients: a meta-analysis of efficacy and acceptability. *Clin Ther.* 2014 Jul 1;36(7):1087–1095.e4.
51. Prymachuk S, Elvey R, Kirk S, Kendal S, Bower P, Catchpole R. Developing a model of mental health self-care support for children and young people through an integrated evaluation of available types of provision involving systematic review, meta-analysis and case study. *Health Serv Deliv Res.* 2014;2(18).
52. Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008 Oct 8;(4):CD007142.
53. Ma D, Zhang Z, Zhang X, Li L. Comparative efficacy, acceptability, and safety of medicinal, cognitive-behavioral therapy, and placebo treatments for acute major depressive disorder in children and adolescents: a multiple-treatments meta-analysis. *Curr Med Res Opin.* 2014 Jun;30(6):971–95.
54. Watanabe N, Hunot V, Omori IM, Churchill R, Furukawa TA. Psychotherapy for depression among children and adolescents: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand.* 2007 Aug;116(2):84–95.
55. Rice SM, Goodall J, Hetrick SE, Parker AG, Gilbertson T, Amminger GP, et al. Online and social networking interventions for the treatment of depression in young people: a systematic review. *J Med Internet Res.* 2014 Sep 16;16(9):e206.
56. Richardson T, Stallard P, Velleman S. Computerised cognitive behavioural therapy for the prevention and treatment of depression and anxiety in children and adolescents: a systematic review. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2010 Sep;13(3):275–90.
57. McLaughlin C, Holliday C, Clarke B, Ilie S. Research on counselling and psychotherapy with children and young people: a systematic scoping review of the evidence for its effectiveness from 2003-2011. *Br Assoc Couns Psychother.* 2013 May;

58. Ebert DD, Zarski A-C, Christensen H, Stikkelbroek Y, Cuijpers P, Berking M, et al. Internet and computer-based cognitive behavioral therapy for anxiety and depression in youth: a meta-analysis of randomized controlled outcome trials. *PloS One*. 2015 Mar 18;10(3):e0119895.
59. Calati R, Pedrini L, Alighieri S, Alvarez MI, Desideri L, Durante D, et al. Is cognitive behavioural therapy an effective complement to antidepressants in adolescents? A meta-analysis. *Acta Neuropsychiatr*. 2011;23(6):263–71.
60. Zhou X, Hetrick SE, Cuijpers P, Qin B, Barth J, Whittington CJ, et al. Comparative efficacy and acceptability of psychotherapies for depression in children and adolescents: A systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. 2015 Jun;14(2):207–22.
61. Usala T, Clavenna A, Zuddas A, Bonati M. Randomised controlled trials of selective serotonin reuptake inhibitors in treating depression in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2008 Jan;18(1):62–73.
62. Reyes-Portillo JA, Mufson L, Greenhill LL, Gould MS, Fisher PW, Tarlow N, et al. Web-based interventions for youth internalizing problems: a systematic review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014 Dec;53(12):1254–1270.e5.
63. Stevanovic D, Tadic I, Knez R. Are antidepressants effective in quality of life improvement among children and adolescents? A systematic review. *CNS Spectr*. 2014 Apr;19(2):134–41.
64. Dubicka B, Elvins R, Roberts C, Chick G, Wilkinson P, Goodyer IM. Combined treatment with cognitive-behavioural therapy in adolescent depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2010 Dec;197(6):433–40.
65. Taylor TL, Montgomery P. Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents? A systematic review. *Child Youth Serv Rev*. 2007 Jul;29(7):823–39.
66. Arnberg A, Ost L-G. CBT for children with depressive symptoms: a meta-analysis. *Cogn Behav Ther*. 2014;43(4):275–88.
67. Weisz JR, McCarty CA, Valeri SM. Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2006 Jan;132(1):132–49.
68. Varigonda AL, Jakubovski E, Taylor MJ, Freemantle N, Coughlin C, Bloch MH. Systematic Review and Meta-Analysis: Early Treatment Responses of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors in Pediatric Major Depressive Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2015 Jul;54(7):557–64.
69. Papanikolaou K, Richardson C, Pehlivanidis A, Papadopoulou-Daifoti Z. Efficacy of antidepressants in child and adolescent depression: a meta-analytic study. *J Neural Transm Vienna Austria 1996*. 2006 Mar;113(3):399–415.
70. Davies K. Evidence-based medicine: is the evidence out there for primary care clinicians? *Health Inf Libr J*. 2011 Dec;28(4):285–93.
71. Hartling L, Vandermeer B, Fernandes RM. Systematic reviews, overviews of reviews and comparative effectiveness reviews: a discussion of approaches to knowledge synthesis. *Evid-Based Child Health Cochrane Rev J*. 2014 Jun;9(2):486–94.

72. Smith V, Devane D, Begley CM, Clarke M. Methodology in conducting a systematic review of systematic reviews of healthcare interventions. *BMC Med Res Methodol*. 2011 Feb 3;11(1):15.
73. Silva V, Grande AJ, Martimbianco ALC, Riera R, Carvalho APV. Overview of systematic reviews - a new type of study: part I: why and for whom? *Sao Paulo Med J Rev Paul Med*. 2012;130(6):398–404.
74. Denis H, Baghdadli A. Trouble anxieux chez l'enfant et l'adolescent. *Pédopsychiatrie*. 2016 Apr;13(2).
75. Haute Autorité de Santé (HAS). Avis de la Commission de la Transparence - PROZAC. 2014.
76. Haute Autorité de Santé (HAS). Avis de la Commission de la Transparence - ZOLOFT. 2013.
77. Winterfeld U, Le Heuzey M-F, Acquaviva E, Mouren M-C, Brion F, Bourdon O. Utilisation hors autorisation de mise sur le marché (AMM) des psychotropes en pédiatrie : une étude prospective. *Arch Pédiatrie*. 2009 Sep;16(9):1252–60.
78. Bacquère C, Chaltiel T, Nguyễn P. Prescrire hors AMM en pédopsychiatrie. *Inf Psychiatr*. 2005 Mar 1;81(3):225–30.
79. Code de Déontologie médicale - Article 8 - Liberté de prescription.
80. Conseil national de l'Ordre des médecins. Médicaments et pratiques médicales - Problèmes actuels. 2000 Jun.
81. Code de la santé publique - Article R4127-40.
82. Code pénal - Article 221-6.
83. Code pénal - Article 223-1.
84. MoodGYM Training Program [Internet]. Available from: <https://moodgym.anu.edu.au/welcome>
85. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Computerised cognitive behaviour therapy for depression and anxiety. Technology appraisal guidance. 2013.
86. Kauer SD, Mangan C, Sanci L. Do Online Mental Health Services Improve Help-Seeking for Young People? A Systematic Review. *J Med Internet Res*. 2014 Mar 4;16(3):e66.
87. Ye X, Bapuji SB, Winters SE, Struthers A, Raynard M, Metge C, et al. Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. 2014;14:313.

ANNEXES

Annexe 1 : Définitions

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est basée sur le comportement, la cognition ou la psychologie sociale, pour changer les émotions et les comportements par l'enseignement. Cet enseignement a pour but de modifier les pensées et les comportements de manière active et centrée sur les problèmes (45,66).

La thérapie cognitive utilise la restructuration cognitive (45).

La thérapie comportementale favorise l'accès à des événements positifs à travers des activités de planification et de développement des compétences sociales (45).

La thérapie par la danse et le mouvement est l'utilisation psychothérapeutique du mouvement et de la danse à travers laquelle un patient s'engage dans un processus créatif pour améliorer ses émotions, sa cognition, son état physique et son intégration sociale (46).

La thérapie familiale (TF) est basée sur des principes généraux cognitivo-comportementaux ou psychanalytiques qui peuvent inclure de la psychopédagogie, de la résolution de problèmes et un travail sur la gestion de crise et pourrait impliquer des interventions spécifiques (34).

La thérapie interpersonnelle (TIP) explore la relation entre l'humeur et les problèmes relationnels et met l'accent sur l'amélioration des compétences relationnelles (45).

La thérapie par le jeu fait référence aux techniques utilisées pour amener les participants à des activités, telles que la lecture, l'écoute de la musique, les activités de plein air, pour les aider à faire face à leurs problèmes (45).

La thérapie psychodynamique (TPD) met l'accent sur le travail d'interprétation et d'analyse du transfert pour explorer et résoudre les conflits inconscients. Les conflits, les défenses, l'anxiété et les impulsions sont activement abordés, clarifiés et interprétés. La thérapie se concentre sur la confrontation du comportement défensif et de l'affect qui se manifeste dans un contexte interpersonnel, de telle façon que les souvenirs réprimés et les idées qui les accompagnent puissent être pleinement vécus dans un cadre de travail intégré affectif et cognitif (45,48).

La thérapie de résolution de problème se concentre sur l'évaluation des problèmes actuels rencontrés et sur le développement ultérieur de solutions (45).

La thérapie de soutien ou thérapie humaniste propose une approche non directive et non critique, fondée sur des principes axés sur le patient (45).

Elle comprend :

- une attitude : écoute active, empathie,
- des actions : psychoéducation, travail de réflexion (clarifier les problématiques, travailler sur l'histoire du sujet, ses émotions, ses perceptions, aider à la résolution de problèmes et aux apprentissages d'habiletés, ...), restauration des investissements et des projets, programmation de rendez-vous,
- des collaborations (alliance thérapeutique, relation collaborative, guidance parentale et prise en charge psychosociale, aménagement de la scolarité) (8).

La psychoéducation correspond à des groupes structurés ou des programmes individuels qui traitent une maladie d'un point de vue multidimensionnel notamment familial, social, biologique et des perspectives pharmacologiques. Elle est axée sur la promotion du soin de soi, les règles hygiéno-diététiques, l'information sur la maladie (8,34).

Le self-care ou auto-prise en charge correspond à toute action entreprise par un patient pour promouvoir sa santé physique et mentale, pour répondre aux besoins sociaux et psychologiques, pour prévenir les maladies ou les accidents et pour maintenir sa santé et son bien-être après rémission (51).

Annexe 2 : Liste des articles exclus et motifs d'exclusion

	Références des articles	Raisons d'exclusion	Détails
1	The effectiveness of self help technologies for emotional problems in adolescents: a systematic review. 2008- Ahmead M.	Conception de l'étude	Défaut de méthode. Sélection des articles par un seul auteur
2	Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice? 2005- Anderson L.	Population	Adultes
3	CBT for children with depressive symptoms: a meta-analysis. 2014 -Arnberg A.	Population	Non ambulatoire, adultes
4	Review of internet-based prevention and treatment programs for anxiety and depression in children and adolescents. 2010- Calear AL	Conception de l'étude	Sélection des articles par un seul auteur
5	Clinical practice guidelines for depression in young people: are the treatment recommendations outdated? 2002-Chan RTW	Type d'article	Simple commentaire
6	Review of the efficacy and safety of antidepressants in youth depression. 2005-Cheung AH	Conception de l'étude	Défaut de méthode. Pas de précision sur la sélection des articles
7	Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth: A meta-analysis of candidate mediators of change. 2007-Chu BC	Conception de l'étude	Défaut de méthode. Pas de précision sur la sélection des articles
8	Ministry of Health clinical practice guidelines: depression. 2012-Chua HC	Type d'article	Article présentant une recommandation
9	Cognitive-behavioral psychotherapy for anxiety and depressive disorders in children and adolescents: an evidence-based medicine review. 2004-Compton SN	Conception de l'étude	Sélection des articles par un seul auteur
10	Interpersonal Psychotherapy for Depression: A Meta-Analysis. 2011-Cuijpers P	Population	Population trop spécifiques (post-guerre par exemple)
11	Psychoeducational treatment and prevention of depression: The "coping with depression" course thirty years later. 2009-Cuijpers P	Conception de l'étude	Défaut de méthode. Pas de précision sur la sélection des articles
12	Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Children and Adolescents: Assessing the Evidence. 2014-Arellano MAR	Population et conception de l'étude	Population trop spécifique et pas de précision sur la sélection des articles
13	The treatment of depressive disorders in children and adolescents. 2013-Dolle K	Destinataire	Recommandation pour les psychiatres
14	Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. 2004- Ellis PM	Population	Adultes
15	A Systematic Overview of Measurement-Based Care in the Treatment of Childhood and Adolescent Depression. 2010-Elmqvist JM	Conception de l'étude	Revue non systématique
16	Counseling Outcomes From 1990 to 2008 for School-Age Youth With Depression: A Meta-Analysis. 2011-Erford BT	Population	Trop hétérogène
17	GLAD-PC Steering Group releases guidelines for the management of adolescent depression in primary care. 2008- Graham L	Type d'article	Simple commentaire
18	Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for depressive disorders in children and adolescents. 2007- Hetrick S	Type d'article	Une mise à jour est disponible
19	Guidelines for youth depression: time to incorporate new perspectives. 2010- Hickie IB	Article non obtenu	
20	Diagnosis and management of depression in children and young people: summary of updated NICE guidance. 2015- Hopkins K	Type d'article	Article présentant une recommandation
21	Texas Children's Medication Algorithm Project: update from Texas Consensus Conference Panel on Medication Treatment of Childhood Major Depressive Disorder. 2007- Hughes CW	Destinataire	Recommandation pour les psychiatres
22	Effectiveness of complementary and self-help treatments for depression in children and adolescents. 2006-Jorm AF	Conception de l'étude	Revue non systématique
23	Clinical practice guidelines for depression in young people. 2003-Jureidini JN	Type d'article	Simple commentaire
24	Review: Effectiveness of mindfulness in improving mental health symptoms of children and adolescents: a meta-analysis. 2015- Kallapiran K	Intervention	Hétérogénéité des pathologies

	Références des articles	Raisons d'exclusion	Détails
25	Do Online Mental Health Services Improve Help-Seeking for Young People? A Systematic Review. 2014- Kauer SD	Conception de l'étude	Défaut de méthode. Sélection des articles par un seul auteur
26	Toward Guidelines for Evidence-Based Assessment of Depression in Children and Adolescents. 2005- Klein DN	Type d'article	Article de revue
27	Depression in children and young people Challenges to primary care in diagnosing and managing depression in children and young people. 2015-Kramer T	Type d'article	Lettre
28	Clinical guidance on the use of antidepressant medications in children and adolescents. 2005-Lyndon B	Type d'article	Directives cliniques
29	Music therapy for depression. 2008-Maratos AS	Population	Adultes
30	Effects of befriending on depressive symptoms and distress: systematic review and meta-analysis. 2010- Mead N	Conception de l'étude	Sélection des articles par un seul auteur.
31	How effective are treatments for child and adolescent depression? A meta-analytic review. 2002-Michael KD	Conception de l'étude	Pas de précision sur la méthode de sélection des articles
32	Direct comparisons of treatment modalities for youth disorders: a meta-analysis. 2008-Miller S	Données non pertinentes en soins primaires	
33	The effectiveness of creative bibliotherapy for internalizing, externalizing, and prosocial behaviors in children: A systematic review. 2015- Montgomery P	Conception de l'étude, Intervention	Sélection des articles par un seul auteur. Pas de données sur la dépression
34	Antidepressants in child and adolescent depression: where are the bugs? 2007-Moreno C	Conception de l'étude	Pas de précision sur la méthode de sélection des articles par un seul auteur
35	Computerised therapies for anxiety and depression in children and young people: A systematic review and meta-analysis. 2015-Pennant ME	Conception de l'étude	Sélection des articles par un seul auteur
36	The Efficacy of Systemic Therapy for Internalizing and Other Disorders of Childhood and Adolescence: A Systematic Review of 38 Randomized Trials. 2013- Retzlaff R	Conception de l'étude	Revue non systématique
37	The Korean medication algorithm for depressive disorder: Second revision. 2014-Seo JS	Destinataire	Recommandation pour les psychiatres
38	A meta-analysis of hypnosis in the treatment of depressive symptoms: a brief communication. 2009-Shih M	Population	Adultes
39	Telemental health and web-based applications in children and adolescents. 2011-Siemer CP	Conception de l'étude	Revue non systématique
40	The efficacy of antidepressants on overall well-being and self-reported depression symptom severity in youth: A meta-analysis. 2014-Spielmanns GI	Intervention	Etude de ressenti et non de prise en charge
41	What are the active ingredients in cognitive and behavioral psychotherapy for anxious and depressed children? A meta-analytic review. 2007- Spielmanns GI	Conception de l'étude	Revue non systématique
42	Psychotherapeutic treatment of children and adolescents with depression. 2014- Straub J	Langue	Allemand
43	Managing and preventing depression in adolescents. 2010-Thapar A	Type d'article	Revue
44	Efficacy of antidepressants in juvenile depression: meta-analysis. 2008- Tsapakis EM	Conception de l'étude	Sélection des articles par un seul auteur.
45	Screening and treatment for major depressive disorder in children and adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. 2009- US Preventive Services Task	Intervention	Dépistage
46	Psychotherapy for depression in children and adolescents. 2006- Watanabe N	Type d'article	Un article mis à jour existe
47	Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care - A meta-analysis of direct comparisons. 2006- Weisz JR	Critère de jugement	Evalue la différence entre les recommandations et la pratique clinique
48	Effectiveness of internet-based interventions for children, youth, and young adults with anxiety and/or depression: a systematic review and meta-analysis. 2014-Ye X	Intervention	Pas d'analyse de la dépression seule
49	Mindfulness Interventions with Youth: A Meta-Analysis. 2015- Zoogman S	Intervention	Pas de données sur la dépression

Annexe 3 : Evaluation des revues systématiques de la littérature et des méta-analyses selon la grille PRISMA

Items	N°	Abbas AA (48)	Arnberg A (66)	Calati R (59)	Cox GR (45)	Dubicka B (64)	Ebert DD (58)	Hazell P (47)	Hetrick SE (44)	Jorm AF (52)
TITRE										
Titre	1	1	1	1	0	1	1	0	0	0
RÉSUMÉ										
Résumé structuré	2	1	0	0	1	1	1	1	1	1
INTRODUCTION										
Objectifs	4	0	1	1	1	0	1	1	1	0
Contexte	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MÉTHODE										
Protocole et enregistrement	5	0	0	0	1	0	1	1	1	1
Critères d'éligibilité	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sources d'information	7	1	1	1	1	1	1	1	1	0
Recherche	8	0	1	0	1	0	0	1	1	1
Sélection des études	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Extraction des données	10	1	0	0	1	1	0	0	1	1
Données	11	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Risque de biais de chacune des études	12	1	0	1	1	0	1	1	1	1
Quantification des résultats	13	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Synthèse des résultats	14	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Risque de biais transversal aux études	15	1	1	1	0	0	1	0	1	1
Analyses complémentaires	16	1	0	0	1	0	0	1	1	1
RÉSULTATS										
Sélection des études	17	1	1	1	1	1	1	0	1	0
Caractéristiques des études sélectionnées	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Risque de biais relatif aux études	19	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Résultats de chaque étude	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Synthèse des résultats	21	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Risque de biais transversal aux études	22	1	0	1	0	0	1	0	1	0
Analyses complémentaires	23	1	1	1	1	0	1	1	1	1
DISCUSSION										
Synthèse des niveaux de preuve	24	0	1	0	1	1	1	1	1	0
Limites	25	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Conclusions	26	1	1	1	1	1	1	1	1	1
FINANCEMENT										
Financement	27	1	0	0	1	0	1	1	1	1
Score		23	20	20	24	17	24	21	26	21
Pourcentage		85%	74%	74%	89%	63%	89%	78%	96%	78%

Items	N°	Larun L (49)	Ma D (53)	Meekums B (46)	Mc Laughlin C (57)	Papanikolaou K (69)	Pryjmachuk S (51)	Qin B (50)	Reyes- Portillo JA (62)	Rice SM (55)
TITRE										
Titre	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
RÉSUMÉ										
Résumé structuré	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1
INTRODUCTION										
Objectifs	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Contexte	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1
MÉTHODE										
Protocole et enregistrement	5	1	0	1	0	0	1	0	0	0
Critères d'éligibilité	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Sources d'information	7	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Recherche	8	1	0	1	0	0	1	1	1	1
Sélection des études	9	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Extraction des données	10	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Données	11	1	1	1	1	1	1	1	0	0
Risque de biais de chacune des études	12	1	1	1	0	0	1	1	0	0
Quantification des résultats	13	1	1	1	0	1	1	1	1	0
Synthèse des résultats	14	1	1	1	0	1	1	1	0	0
Risque de biais transversal aux études	15	0	1	1	0	0	0	1	0	0
Analyses complémentaires	16	1	1	1	0	1	1	1	0	0
RÉSULTATS										
Sélection des études	17	0	1	1	1	0	1	1	1	0
Caractéristiques des études sélectionnées	18	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Risque de biais relatif aux études	19	1	0	1	0	0	0	1	0	0
Résultats de chaque étude	20	1	1	1	0	0	1	1	0	0
Synthèse des résultats	21	1	1	1	0	0	1	1	0	0
Risque de biais transversal aux études	22	0	1	0	0	0	1	1	0	0
Analyses complémentaires	23	1	1	1	1	1	1	1	0	1
DISCUSSION										
Synthèse des niveaux de preuve	24	1	1	1	0	0	0	0	1	0
Limites	25	1	1	1	1	1	1	0	1	1
Conclusions	26	1	1	1	1	1	1	1	1	1
FINANCEMENT										
Financement	27	1	1	1	1	0	1	1	1	1
Score		23	23	25	13	15	24	23	16	14
Pourcentage		85%	85%	93%	48%	56%	89%	85%	59%	52%

		Richardson T (56)	Stevanovic D (63)	Taylor TL (65)	Usala T (61)	Varigonda AL (68)	Watanabe N (54)	Weisz JR (67)	Zhou X (60)
Items		N°							
TITRE									
Titre	1	1	1	0	1	1	0	1	1
RÉSUMÉ									
Résumé structuré	2	1	1	1	1	1	1	0	1
INTRODUCTION									
Objectifs	4	1	1	1	1	1	1	1	1
Contexte	3	1	1	1	1	1	1	1	1
MÉTHODE									
Protocole et enregistrement	5	0	0	0	0	0	1	0	1
Critères d'éligibilité	6	1	1	1	1	1	1	1	1
Sources d'information	7	1	1	1	1	1	1	1	1
Recherche	8	0	0	0	1	0	0	0	0
Sélection des études	9	1	1	1	1	1	1	0	1
Extraction des données	10	1	1	1	0	0	1	0	1
Données	11	1	1	0	0	1	1	1	1
Risque de biais de chacune des études	12	0	0	1	1	0	0	0	1
Quantification des résultats	13	0	0	1	1	1	1	1	1
Synthèse des résultats	14	0	0	0	1	0	1	1	0
Risque de biais transversal aux études	15	0	0	0	0	0	1	0	0
Analyses complémentaires	16	0	0	0	0	1	1	0	1
RÉSULTATS									
Sélection des études	17	1	1	1	0	1	1	0	1
Caractéristiques des études sélectionnées	18	1	1	1	1	1	1	1	1
Risque de biais relatif aux études	19	0	0	1	1	0	0	0	0
Résultats de chaque étude	20	0	1	1	1	0	1	0	1
Synthèse des résultats	21	0	0	1	1	1	1	0	0
Risque de biais transversal aux études	22	0	0	0	0	0	1	0	0
Analyses complémentaires	23	0	0	0	0	1	1	1	1
DISCUSSION									
Synthèse des niveaux de preuve	24	0	0	0	1	0	0	0	0
Limites	25	1	1	1	1	1	1	1	1
Conclusions	26	1	1	1	1	1	1	1	1
FINANCEMENT									
Financement	27	1	0	0	1	1	1	0	1
Score		14	14	16	19	17	22	12	20
Pourcentage		52%	52%	59%	70%	63%	81%	44%	74%

Annexe 4 : Critères de la grille d'évaluation R-AMSTAR

1. Plan de recherche établi "a priori"

- A- Publication et (ou) inscription du protocole d'étude à l'avance
- B- Description+des+critères+d'inclusion
- C- Question de recherche bien ciblée (critères PICO)

3 critères : 4 pts, 2 critères 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt

2. Sélection des études et extractions des données par au moins deux personnes

- A- Données extraites indépendamment par au moins deux personnes
- B- Énoncé sur le processus de consensus pour le règlement des différends
- C- Résolution des désaccords conformément à la méthode établie

3 critères : 4 pts ; 2 critères : 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt

3. Recherche documentaire exhaustive

- A- Au moins deux sources électroniques utilisées
- B- L'horizon temporel et les bases de données sont indiqués
- C- Les mots clés et (ou) les termes MeSH sont indiqués et si possible la stratégie de recherche est exposée
- D- Recherches complétées par la consultation des tables des matières, de revues de la littérature, de manuels et de registre et par l'examen des références fournies dans les études
- E- Une recherche manuelle a été effectuée dans les revues

4 ou 5 critères : 4 pts ; 3 critères : 3 pts ; 2 critères : 2 pts ; 1 ou 0 critère : 1 pt

4. La nature de la publication était-elle un critère d'inclusion

- A- Les auteurs indiquent qu'ils ont cherché tous les rapports, quel que soit le type de publication
- B- Les auteurs indiquent s'ils ont exclu des rapports sur la base du type de publication, de la langue, etc.
- C- Les articles rédigés dans une langue autre que l'anglais ont été traduits ou les auteurs maîtrisaient assez bien la langue du rapport
- D- Aucune restriction fondée sur la langue ou prise en compte des articles rédigés dans une autre langue que l'anglais

3 critères : 4 pts, 2 critères 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt

5. Liste des études exclues et incluses

- A- Les études incluses sont regroupées dans un tableau/figure/liste. Une simple liste de référence ne suffit pas
- B- Les études exclues sont regroupées dans un tableau/liste/figure qui sera intégré à l'article ou à un supplément
- C- Les raisons de l'exclusion des études sont exposées clairement et prises sérieusement en considération
- D- Le lecteur peut retracer aisément les études incluses et exclues dans la bibliographie, les références ou le supplément de l'article.

4 critères : 4 pts ; 3 critères : 3 pts ; 2 critères : 2 pts ; 1 ou 0 critère : 1 pt

6. Caractéristiques des études incluses

- A- Les données portant sur les sujets qui ont participé aux études originales, les interventions et les résultats sont regroupés, sous forme de tableau par exemple.
- B- Les auteurs précisent l'étendue des données sur les caractéristiques pertinentes des sujets des études analysées
- C- L'information fournie semble complète et exacte

3 critères : 4 pts, 2 critères 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt

7. Plan de recherche établi "a priori"

- A- Publication et (ou) inscription du protocole d'étude à l'avance
- B- Description+des+critères+d'inclusion
- C- Question de recherche bien ciblée (critères PICO)

3 critères : 4 pts, 2 critères 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt

8. Qualité scientifique des études incluses et de la conclusion

- A- Les auteurs ont tenu compte de la qualité scientifique dans l'analyse et les conclusions de la revue
- B- La qualité scientifique est formulée explicitement dans les recommandations
- C- Les conclusions sont orientées vers la production de guides de pratique
- D- L'énoncé de consensus clinique laisse entrevoir la révision ou la confirmation des recommandations de pratique

4 critères : 4 pts ; 3 critères : 3 pts ; 2 critères : 2 pts ; 1 ou 0 critère : 1 pt

9. Méthodes utilisées pour combiner les résultats

- A- Les auteurs exposent les critères à partir desquels ils ont déterminé que les études analysées étaient assez semblables pour être combinées.
- B- Dans le cas des résultats regroupés, les auteurs ont fait un test d'homogénéité pour s'assurer que les études étaient combinables.
- C- Les auteurs ont pris acte du caractère hétérogène (ou non) des études
- D- S'il y a hétérogénéité, les auteurs ont utilisé un modèle d'effets aléatoires et (ou) vérifié si la nature des données justifiait la combinaison
- E- S'il y a homogénéité, les auteurs exposent la justification ou le test statistique.

4 critères : 4 pts ; 3 critères : 3 pts ; 2 critères : 2 pts ; 1 ou 0 critère : 1 pt

10. Évaluation du biais de publication

- A- Prise en compte du biais de publication ou de l'effet tiroir
- B- Outils graphiques (diagramme de dispersion des études par exemple)
- C- Tests statistiques (Test de régression d' Egger par exemple)

3 critères : 4 pts, 2 critères 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt

10. Conflits d'intérêt

- A- Présentation des sources de soutien
- B- Absence de conflit d'intérêt. On est ici dans la subjectivité, peut-être faudra-t-il y aller par déduction ou fouiller quelque peu
- C- Prise en compte ou énoncé des sources de soutien ou des conflits d'intérêt dans les principales études incluses

3 critères : 4 pts, 2 critères 3 pts ; 1 critère : 2 pts ; 0 critère : 1 pt

Annexe 5 : Evaluation des revues systématiques et méta-analyses selon la grille R-AMSTAR

		Abbas AA (48)		Arnberg A (66)		Calati R (59)		Cox GR (45)		Dubicka B (64)		Ebert DD (58)		Hazell P (47)	
1	Plan de recherche établi "a priori"	2	B	3	BC	3	4	4	ABC	2	B	3	AB	4	ABC
2	Sélection des études et extractions des données par au moins deux personnes	3	BC	1		1	2	2	ABC	3	BC	3	AB	2	A
3	Recherche documentaire exhaustive	4	ABCD	4	ABCD	3	4	4	ABCD	3	ABD	1	A	4	ABCDE
4	La nature de la publication était-elle un critère d'inclusion	3	BD	2	B	3	3	3	BD	2	B	3	BD	3	BD
5	Liste des études exclues et incluses	4	ABC	3	AB	4	4	4	ABC	4	ABC	4	ABC	4	ABCD
6	Caractéristiques des études incluses	4	ABCD	1	A	4	4	4	ABC	1	A	1	A	4	ABC
7	La qualité scientifique des études incluses a été évaluée et consignée	4	ABCD	1	A	4	4	4	ABC	1	A	1	A	4	ABCD
8	Qualité scientifique des études incluses et de la conclusion	1	A	1	A	1	1	1	A	1	A	1	A	1	A
9	Méthodes utilisées pour combiner les résultats	4	ABCD	3	ABC	4	4	4	ABCD	4	ABCDE	4	ABCDE	4	ABCDE
10	Evaluation du biais de publication	3	AC	2	A	3	1	1	A	1		3	AC	1	
11	Conflits d'intérêt	3	AB	1		1	3	3	ABC	1		3	AB	3	AB
Score		33		23		28		37		24		28		34	
Pourcentage du score maximum		75%		52%		64%		84%		55%		64%		77%	

		Hetrick SE (44)		Jorm AF (52)		Larun L (49)		Ma D (53)		Mc Laughlin C (57)		Meekums B (46)		Papanikolaou K (69)	
1	Plan de recherche établi "a priori"	4	ABC	4	ABC	4	ABC	3	BC	3	BC	4	ABC	3	BC
2	Sélection des études et extractions des données par au moins deux personnes	4	ABC	4	ABC	4	ABC	3	AB	1		4	ABC	2	A
3	Recherche documentaire exhaustive	4	ABCDE	3	ACD	4	ABCD	4	ABCDE	4	ABCD	4	ABCD	3	ABE
4	La nature de la publication était-elle un critère d'inclusion	3	BD	3	BD	3	BD	2	B	3	AB	3	BD	2	B
5	Liste des études exclues et incluses	4	ABCD	4	ABCD	4	ABCD	2	AC	3	ACD	4	ABCD	1	A
6	Caractéristiques des études incluses	4	ABC	4	ABC	3	AC	4	ABC	4	ABC	4	ABC	1	
7	La qualité scientifique des études incluses a été évaluée et consignée	4	ABCD	1	A	2	AB	1	A	1	A	3	ACD	1	A
8	Qualité scientifique des études incluses et de la conclusion	1	A	1	A	1	A	1		1		1	A	1	
9	Méthodes utilisées pour combiner les résultats	4	ABCDE	4	ABCDE	4	ABCDE	4	ABCDE	1		4	ABCD	3	ABD
10	Evaluation du biais de publication	3	AB	2	A	1		3	AB	1		1		1	
11	Conflits d'intérêt	3	ABC	2	A	3	AB	3	AC	2	A	2	A	1	
Score		38		32		33		30		24		34		19	
Pourcentage du score maximum		86%		73%		75%		68%		67%		77%		43%	

		Prymachuk S		Qin B		Reyes-Portillo JA		Rice SM		Richardson T		Stevanovic D	
1	Plan de recherche établi "a priori"	4	ABC	3	BC	3	BC	3	BC	3	BC	3	BC
2	Sélection des études et extractions des données par au moins deux personnes	3	BC	4	ABC	3	AB	4	ABC	3	AC	1	
3	Recherche documentaire exhaustive	4	ABCD	4	ABCD	4	ABCD	4	ABCD	4	ABCD	3	ABC
4	La nature de la publication était-elle un critère d'inclusion	4	BCD	3	BD	2	B	2	B	2	A	3	BD
5	Liste des études exclues et incluses	1	A	2	AC	2	AC	1	A	2	AC	2	AC
6	Caractéristiques des études incluses	4	ABC	4	ABC	1		3	AB	3	AB	4	ABC
7	La qualité scientifique des études incluses a été évaluée et consignée	1	A	2	AB	1	A	1		1		1	
8	Qualité scientifique des études incluses et de la conclusion	1		1	A	1		1		1		1	
9	Méthodes utilisées pour combiner les résultats	4	ABCDE	4	ABDE	1		1		1		1	
10	Evaluation du biais de publication	3	AB	3	AC	1		1		1		1	
11	Conflits d'intérêt	3	AB	3	AB	2	A	3	AB	3	AB	1	
Score		32		33		21		24		24		20	
Pourcentage du score maximum		73%		75%		58%		67%		67%		56%	

		Taylor TL (65)		Usala T (61)		Varigonda AL (68)		Watanabe N (54)		Weisz JR (67)		Zhou X (60)	
1	Plan de recherche établi "a priori"	3	BC	3	BC	3	BC	4	ABC	3	BC	4	ABC
2	Sélection des études et extractions des données par au moins deux personnes	2	A	2	A	1		2	A	1		4	ABC
3	Recherche documentaire exhaustive	3	ABD	4	ABCD	3	ACD	4	ABDE	4	ABCD	3	ABD
4	La nature de la publication était-elle un critère d'inclusion	2	A	2	B	2	B	2	B	2	B	3	AD
5	Liste des études exclues et incluses	1	A	1	A	2	AC	2	AC	1	A	2	AC
6	Caractéristiques des études incluses	4	ABC	4	ABC	3	AB	4	ABC	3	AB	4	ABC
7	La qualité scientifique des études incluses a été évaluée et consignée	2	AB	2	AB	1		1		1		1	A
8	Qualité scientifique des études incluses et de la conclusion	1		1	A	1	C	1	C	1		1	
9	Méthodes utilisées pour combiner les résultats	3	BCD	4	ABCDE	1		4	ABCDE	4	ABDE	1	
10	Evaluation du biais de publication	2	A	1		1		4	ABC	1		1	
11	Conflits d'intérêt	1		2	A	3	AC	2	A	1		2	A
Score		24		26		21		30		22		26	
Pourcentage du score maximum		55%		59%		48%		68%		50%		59%	

Annexe 6 : Evaluation des recommandations pour la pratique clinique selon la grille AGREE II

		McDermott B (35)		National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (34)		Clinical Practice Guidelines in the SNS (36)		MOH Singapore (40)	
		E 1	E 2	E 1	E 2	E 1	E 2	E 1	E 2
DOMAINE 1. CHAMP ET OBJECTIFS									
1	Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.	7	7	7	6	7	6	7	6
2	La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement	7	5	7	7	7	6	7	4
3	La population à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement	7	7	7	5	7	6	7	6
	Score	100%	89%	100%	83%	100%	83%	100%	72%
	Moyenne	94%		92%		92%		86%	
	Déviati on standard	6%		8%		8%		14%	
DOMAINE 2. PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS									
4	Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés	7	6	7	5	6	7	5	5
5	Les opinions et les préférences de la population cible ont été identifiées	4	1	4	3	1	1	1	3
6	Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis	7	5	6	7	6	7	6	6
	Score	83%	50%	78%	67%	56%	67%	50%	61%
	Moyenne	67%		72%		61%		56%	
	Déviati on standard	17%		6%		6%		6%	
DOMAINE 3. RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION									
7	Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques	6	7	7	7	6	2	1	1
8	Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits	7	7	7	7	7	2	1	1
9	Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies	5	5	7	7	5	5	1	2
10	Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites	5	6	5	7	7	5	1	4
11	Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations	7	6	6	7	6	6	5	6
12	Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent	7	6	6	5	6	5	4	6
13	La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication	6	1	4	5	5	2	2	1
14	Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite	5	7	7	5	5	5	1	5
	Score	83%	77%	85%	88%	81%	50%	17%	38%
	Moyenne	80%		86%		66%		27%	
	Déviati on standard	3%		1%		16%		10%	
DOMAINE 4. CLARTÉ ET PRÉSENTATION									
15	Les recommandations sont précises et sans ambiguïté	7	6	7	6	7	6	7	5
16	Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées	7	7	7	7	6	7	7	5
17	Les recommandations clés sont facilement identifiables	7	6	7	4	7	6	7	7
	Score	100%	89%	100%	78%	94%	89%	100%	78%
	Moyenne	94%		89%		92%		89%	
	Déviati on standard	6%		11%		3%		11%	
DOMAINE 5. APPLICABILITÉ									
18	La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles	5	4	5	2	4	1	2	1
19	La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique	6	3	7	6	5	3	5	5
20	Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinées	3	3	6	3	1	1	5	4
21	La RPC propose des critères de suivi et/ou de vérification	7	2	6	3	7	6	5	3
	Score	71%	33%	83%	42%	54%	29%	54%	38%
	Moyenne	52%		63%		42%		46%	
	Déviati on standard	19%		21%		13%		8%	
DOMAINE 6. INDÉPENDANCE ÉDITORIALE									
22	Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RPC	7	6	7	5	5	4	4	1
23	Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés	7	7	6	6	5	5	1	1
	Score	100%	92%	92%	75%	67%	58%	25%	0%
	Moyenne	96%		83%		63%		13%	
	Déviati on standard	4%		8%		4%		13%	
	Somme	143	120	145	125	128	104	92	88
	Score	87%	70%	88%	74%	76%	59%	50%	47%
	Moyenne	79%		81%		67%		49%	
	Déviati on standard	8%		7%		9%		1%	
ÉVALUATION GÉNÉRALE DE LA RPC									
	Evaluation de la qualité générale 1: plus basse qualité possible => 7 : plus haute qualité possible	7	6	7	6	6	5	3	4
	Je recommanderais l'utilisation de la RPC	oui	oui	oui	oui	oui	oui	non	oui AM

		Bauer M (42)		Cheung AH (38)		Cleare A (41)		Zuckerbrot R (24)	
		E 1	E 2	E 1	E 2	E 1	E 2	E 1	E 2
DOMAINE 1. CHAMP ET OBJECTIFS									
1	Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.	7	6	7	6	5	5	7	7
2	La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement	6	5	7	6	6	6	7	6
3	La population à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement	6	6	7	6	6	7	7	6
	Score	89%	78%	100%	83%	78%	83%	100%	89%
	Moyenne	83%		92%		81%		94%	
	Déviati on standard	6%		8%		3%		6%	
DOMAINE 2. PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS									
4	Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés	6	2	2	4	6	5	6	4
5	Les opinions et les préférences de la population cible ont été identifiées	1	1	3	3	1	1	7	3
6	Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis	7	6	7	5	4	7	7	5
	Score	61%	33%	50%	50%	44%	56%	94%	50%
	Moyenne	47%		50%		50%		72%	
	Déviati on standard	14%		0%		6%		22%	
DOMAINE 3. RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION									
7	Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques	4	2	6	3	3	2	5	3
8	Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits	3	3	6	4	4	1	7	4
9	Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies	2	2	7	3	5	4	5	3
10	Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites	5	4	2	4	3	3	5	4
11	Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations	1	4	7	4	5	6	4	4
12	Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent	4	4	7	4	5	6	5	4
13	La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication	3	1	3	1	2	1	7	1
14	Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite	1	1	1	4	1	1	1	4
	Score	27%	27%	65%	40%	42%	33%	65%	40%
	Moyenne	27%		52%		38%		52%	
	Déviati on standard	0%		13%		4%		13%	
DOMAINE 4. CLARTÉ ET PRÉSENTATION									
15	Les recommandations sont précises et sans ambiguïté	6	2	6	4	6	4	7	6
16	Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées	6	3	6	5	6	4	6	6
17	Les recommandations clés sont facilement identifiables	4	2	7	5	1	5	7	3
	Score	72%	22%	89%	61%	56%	56%	94%	67%
	Moyenne	47%		75%		56%		81%	
	Déviati on standard	25%		14%		0%		14%	
DOMAINE 5. APPLICABILITÉ									
18	La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles	5	4	4	5	5	2	6	5
19	La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique	2	1	4	4	1	2	6	4
20	Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinées	1	2	1	1	1	1	1	1
21	La RPC propose des critères de suivi et/ou de vérification	2	2	6	2	4	1	6	2
	Score	25%	21%	46%	33%	29%	8%	63%	33%
	Moyenne	23%		40%		19%		48%	
	Déviati on standard	2%		6%		10%		15%	
DOMAINE 6. INDÉPENDANCE ÉDITORIALE									
22	Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RPC	5	1	7	1	5	4	4	2
23	Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés	1	1	7	3	3	4	5	3
	Score	33%	0%	100%	17%	50%	50%	58%	25%
	Moyenne	17%		58%		50%		42%	
	Déviati on standard	17%		42%		0%		17%	
	Somme	86	65	120	87	88	82	128	90
	Score	46%	30%	70%	46%	47%	43%	76%	49%
	Moyenne	38%		58%		45%		62%	
	Déviati on standard	8%		12%		2%		14%	
ÉVALUATION GÉNÉRALE DE LA RPC									
	Evaluation de la qualité générale 1 : plus basse qualité possible => 7 : plus haute qualité possible	4	3	7	3	4	4	6	3
	Je recommanderais l'utilisation de la RPC	oui AM	Non	oui	non	oui AM	oui AM	oui	non

		HAS (8)		British Columbia (39)		New Zealand Guidelines Group (37)		Birmaher B (43)	
		E 1	E 2	E 1	E 2	E 1	E 2	E 1	E 2
DOMAINE 1. CHAMP ET OBJECTIFS									
1	Le ou les objectifs de la RPC sont décrits explicitement.	7	6	7	6	7	6	3	4
2	La ou les questions de santé couvertes par la RPC sont décrites explicitement	7	6	7	2	7	7	4	2
3	La population à laquelle la RPC doit s'appliquer est décrite explicitement	7	6	7	2	7	6	2	5
	Score	100%	83%	100%	39%	100%	89%	33%	44%
	Moyenne	92%		69%		94%		39%	
	Déviati on standard	8%		31%		6%		6%	
DOMAINE 2. PARTICIPATION DES GROUPES CONCERNÉS									
4	Le groupe ayant élaboré la RPC inclut des représentants de tous les groupes professionnels concernés	7	5	3	2	7	7	2	3
5	Les opinions et les préférences de la population cible ont été identifiées	1	3	1	1	3	1	1	1
6	Les utilisateurs cibles de la RPC sont clairement définis	7	7	7	4	7	7	1	2
	Score	67%	67%	44%	22%	78%	67%	6%	17%
	Moyenne	67%		33%		72%		11%	
	Déviati on standard	0%		11%		6%		6%	
DOMAINE 3. RIGUEUR D'ÉLABORATION DE LA RECOMMANDATION									
7	Des méthodes systématiques ont été utilisées pour rechercher les preuves scientifiques	7	7	2	2	2	2	6	5
8	Les critères de sélection des preuves sont clairement décrits	7	3	1	2	2	2	2	1
9	Les forces et les limites des preuves scientifiques sont clairement définies	6	3	2	3	5	6	1	3
10	Les méthodes utilisées pour formuler les recommandations sont clairement décrites	5	5	3	1	7	6	2	2
11	Les bénéfices, les effets secondaires et les risques en termes de santé ont été pris en considération dans la formulation des recommandations	6	5	5	5	6	5	3	6
12	Il y a un lien explicite entre les recommandations et les preuves scientifiques sur lesquelles elles reposent	6	5	3	5	5	6	3	3
13	La RPC a été revue par des experts externes avant sa publication	6	6	5	5	4	4	2	3
14	Une procédure d'actualisation de la RPC est décrite	3	4	5	6	2	1	1	2
	Score	79%	63%	38%	44%	52%	50%	25%	35%
	Moyenne	71%		41%		51%		30%	
	Déviati on standard	8%		3%		1%		5%	
DOMAINE 4. CLARTÉ ET PRÉSENTATION									
15	Les recommandations sont précises et sans ambiguïté	7	5	7	6	7	6	6	5
16	Les différentes options de prise en charge de l'état ou du problème de santé sont clairement présentées	7	5	7	6	7	6	7	3
17	Les recommandations clés sont facilement identifiables	7	5	7	6	7	6	1	2
	Score	100%	67%	100%	83%	100%	83%	61%	39%
	Moyenne	83%		92%		92%		50%	
	Déviati on standard	17%		8%		8%		11%	
DOMAINE 5. APPLICABILITÉ									
18	La RPC décrit les éléments facilitant son application et les obstacles	6	2	7	1	4	3	3	2
19	La RPC offre des conseils et/ou des outils sur les façons de mettre les recommandations en pratique	5	3	7	4	5	6	2	1
20	Les répercussions potentielles de l'application des recommandations sur les ressources ont été examinées	1	1	1	1	1	1	1	1
21	La RPC propose des critères de suivi et/ou de vérification	3	1	5	3	6	2	5	1
	Score	46%	13%	67%	21%	50%	33%	29%	4%
	Moyenne	29%		44%		42%		17%	
	Déviati on standard	17%		23%		8%		13%	
DOMAINE 6. INDÉPENDANCE ÉDITORIALE									
22	Le point de vue des organismes de financement n'ont pas influencé le contenu de la RPC	4	6	4	1	7	6	1	1
23	Les intérêts divergents des membres du groupe ayant élaboré la RPC ont été pris en charge et documentés	6	7	3	5	5	3	2	2
	Score	67%	92%	42%	33%	83%	58%	8%	8%
	Moyenne	79%		38%		71%		8%	
	Déviati on standard	13%		4%		13%		0%	
	Somme	128	106	106	79	120	105	61	60
	Score	76%	60%	60%	41%	70%	59%	28%	27%
	Moyenne	68%		50%		65%		27%	
	Déviati on standard	8%		10%		5%		0%	
ÉVALUATION GÉNÉRALE DE LA RPC									
	Evaluation de la qualité générale 1: plus basse qualité possible => 7 : plus haute qualité possible	5	4	6	5	5	5	4	4
	Je recommanderais l'utilisation de la RPC	oui AM	oui AM	oui	oui AM	oui AM	oui	non	oui, AM

E 1 : Evalueur 1 ; E 2 : Evalueur 2 ; AM : Avec Modifications

AUTEURS : Marie COSTES et Marie POMIER

2016 TOU3 1151/1152

TITRE : **Guide de la prise en charge de la dépression chez l'enfant et l'adolescent en soins premiers : une méta-revue systématique.**

DIRECTEURS DE THÈSE : Dr Damien DRIOT et Dr Julie DUPOUY

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Toulouse, le 29 Novembre 2016

Objectif : Le but de cette étude était d'établir un guide pratique de prise en charge de la dépression de l'enfant et de l'adolescent destiné aux médecins généralistes.

Matériel et méthodes : Une méta-revue systématique a été réalisée. Les bases de données Pubmed, Cochrane et Web of Science ont été interrogées de 2002 à 2015. Seules les revues systématiques, méta-analyses et recommandations pour la pratique clinique concernant la prise en charge thérapeutique de patients de 6 à 18 ans ayant un diagnostic d'épisode dépressif majeur selon le DSM-IV-TR, pris en charge en soins premiers ont été incluses. Deux auteurs indépendants ont sélectionné les études, évalué la qualité et extrait les données.

Résultats : Nous avons inclus 38 articles. Ils nous ont permis de caractériser les données à rechercher pendant la consultation, les informations à délivrer au patient et à sa famille, le diagramme de prise en charge, les conditions associées au traitement ainsi que les éléments de suivi.

Discussion et conclusion : Ces éléments ont été présentés dans un guide. Des données sur la prise en charge par le biais de l'informatique sont prometteuses et nécessitent de plus amples études.

TITLE : **Management of child and adolescent depression in primary care : a systematic meta-review.**

Objective : The aim of the study was to establish a practical guide for the management of child and adolescent depression for the general practitioner. **Method** : A systematic meta-review was performed. Pubmed, Cochrane and Web of Science were searched from 2002 to 2015. We only included systematic review, meta-analysis and guidelines dealing with the therapeutic management, in primary care, of patients from 6 to 18 years old with a major depressive disorder according to the DSM-IV-TR. Two independent reviewers selected studies, assessed the quality and extracted data. **Results** : We included 38 studies. These permitted a characterization of which data to collect during consultation, what information to deliver to patient and family, to establish a management chart, to know the means and measures associated with treatment and the follow-up items. **Conclusions** : These findings are gathered in a clinical guide. Data on computer based management of depression are promising and should give way to further studies.

Mots-Clés : enfant, adolescent, soins premiers, médecine générale, dépression, épisode dépressif majeur, revue systématique.

Keywords : child, adolescent, primary care, general practitioner, depression, major depressive disorder, systematic review.

Discipline administrative : MÉDECINE GÉNÉRALE

Faculté de Médecine Rangueil – 133 route de Narbonne – 31062 TOULOUSE Cedex 04 – France