



Trouble dépressif majeur à survenue précoce

Investigatrice principale

Daphne Korczak, MD, FAAP, FRCPC (pédiatrie), FRCPC (psychiatrie), *The Hospital for Sick Children*, université de Toronto, salle 35A, 1145 aile Burton, 555, av. University, Toronto (Ontario) M5G 1X8; tél. : 416-813-6510; téléc. : 416-813-5326; daphne.korczak@sickkids.ca

Co-investigateurs

Mark Feldman, MD, université de Toronto
John LeBlanc, MD, université Dalhousie
Mariana Ofner, PhD, université de Toronto (représentante de l'ASPC)
Patricia Parkin, MD, université de Toronto
Sam Wong, MD, université de l'Alberta

Historique

Le trouble dépressif majeur (TDM) est un important problème de santé publique. Selon les données, la prévalence d'apparition de TDM survenant avant l'âge adulte a augmenté, 37 % des sujets déclarant faire partie de cette catégorie¹.

Des données probantes convaincantes indiquent que le TDM à survenue précoce désigne une forme de maladie particulièrement grave, car d'après les études cliniques, elle s'associe à une série d'indicateurs de gravité, y compris des troubles comorbides de consommation de drogues ou d'alcool, des hospitalisations en psychiatrie, une plus grande atteinte fonctionnelle, une épisodicité accrue et des tendances suicidaires². De multiples études familiales révèlent que les enfants et adolescents d'un parent ayant un TDM sont très vulnérables à ce trouble, notamment lorsque la dépression du parent est grave ou compliquée par une comorbidité psychiatrique^{3,4}.

Malgré les publications portant sur la TDM survenant avant l'âge adulte ou à l'adolescence, les données sur la maladie survenant pendant l'enfance demeurent rares, car la définition de « à survenue précoce » varie considérablement selon les publications. D'après les données épidémiologiques, la TDM à survenue précoce s'associe à plus de quatre fois le risque de tentatives de suicide que la maladie qui survient à l'âge adulte⁵.

En raison du caractère atypique de la TDM qui survient pendant l'enfance, une approche nationale de la constatation des cas s'impose au Canada afin de produire des échantillons de dimension significative. Il est capital d'accroître les connaissances au sujet de l'incidence et de la présentation de ces enfants pour concevoir des approches efficaces sur le plan du diagnostic et de la prise en charge des enfants présentant cette maladie, qui peut être traitée.

Méthodologie

Par l'entremise de la méthodologie établie du PCSP, plus de 2 500 pédiatres et pédiatres subspecialisés seront activement sondés tous les mois afin de signaler les nouveaux cas de trouble dépressif majeur à survenue précoce. Pour chaque cas déclaré, les participants seront



invités à remplir un questionnaire clinique détaillé afin de s'assurer du respect de la définition de cas.

Définition de cas

Déclarer tout enfant de cinq à 12 ans inclusivement, vu pendant le mois précédent, qui présente un épisode de dépression majeur à survenue précoce nouvellement diagnostiqué, y compris les enfants ayant des troubles de l'humeur unipolaires suffisants pour perturber le fonctionnement social, familial ou scolaire.

« Épisode dépressif majeur » se définit dans le DSM-IV-TR⁶ comme :

1) une humeur dépressive ou irritable pendant la majeure partie de la journée, presque tous les jours,

OU

2) un intérêt ou un plaisir considérablement réduit envers la totalité ou la quasi-totalité des activités pendant la majeure partie de la journée,

qui s'est manifesté récemment ou qui s'est clairement aggravé par rapport à l'état de l'enfant avant l'épisode.

ET

au moins **quatre** des sept symptômes suivants présents pendant la même période de deux semaines que les manifestations 1) **ou** 2) précédentes. Ces symptômes se présentent quotidiennement ou quasi-quotidiennement et constituent un changement distinct par rapport au fonctionnement antérieur.

1) Changement de poids important, incapacité de prendre le poids escompté **ou** changement d'appétit marqué.

2) Insomnie (difficulté à s'endormir, éveil nocturne ou réveil trop tôt) **ou** hypersomnie.

3) Agitation psychomotrice **ou** ralentissement psychomoteur observable par les autres et ne représentant pas un sentiment subjectif.

4) Fatigue **ou** perte d'énergie.

5) Sentiments d'inutilité **ou** de culpabilité excessive ou inadéquate (pas seulement la culpabilité d'être malade).

6) Diminution de la capacité de penser ou de se concentrer **ou** indécision.

7) Pensées récurrentes de mort, idéation suicidaire récurrente **ou** tentative de suicide.

ET

Atteinte du fonctionnement social (retrait social, conflits familiaux ou avec les camarades) ou scolaire (refus d'aller à l'école, diminution du rendement scolaire), *nouvelle ou pire* qu'avant l'épisode.

Critères d'exclusion

1) Les symptômes sont causés par les effets physiologiques directs d'une substance ou par un état médical général.

2) Les symptômes se produisent exclusivement pendant une période de deuil intense (dans les deux mois suivant le décès d'un être cher). Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas aux patients en soins palliatifs.

3) L'enfant a déjà obtenu un diagnostic d'épisode maniaque ou de trouble bipolaire.



Trouble dépressif majeur à survenue précoce (suite)

Objectifs

Objectif primaire

Déterminer une incidence prudente du TDM à survenue précoce chez les enfants canadiens, telle qu'elle est signalée par les pédiatres et les psychiatres pour enfants et pour adolescents.

Objectifs secondaires

- 1) Décrire les profils de présentation et les caractéristiques cliniques des enfants qui consultent des pédiatres et des pédopsychiatres en raison d'une TDM à survenue précoce.
- 2) Examiner les voies d'aiguillage des cas de TDM à survenue précoce.
- 3) Examiner la période de présentation des symptômes avant a) la première consultation auprès d'un médecin et b) le début du traitement.
- 4) Examiner les différences saisonnières et géographiques des profils de présentation et du taux d'incidence au Canada.
- 5) Décrire le traitement planifié ou offert à ces enfants, y compris les différences régionales de prise en charge.
- 6) Comparer les données canadiennes aux enquêtes épidémiologiques étrangères afin d'accroître les connaissances à l'égard du TDM à survenue précoce.

Durée

Janvier 2012 à décembre 2014

Nombre prévu de cas

Compte tenu de l'absence d'études prospectives et longitudinales sur la TDM faisant son apparition avant l'âge de 13 ans, il est difficile d'estimer le nombre de nouveaux cas prévus par année (taux d'incidence) au Canada. D'après les publications disponibles, on estime que de 75 à 100 nouveaux cas seront déclarés chaque année au Canada.

Approbation déontologique

Comité d'éthique de la recherche, *The Hospital for Sick Children*, Toronto

Analyse et publication

Les données seront analysées au moyen de statistiques descriptives. Le délai entre l'apparition des symptômes et la consultation d'un médecin sera modélisé au moyen de l'analyse de survie afin d'évaluer les effets du lieu géographique, de la structure familiale, de l'âge et du sexe de l'enfant, de la présence de troubles comorbides, de la facilité d'accès aux services et de la source de l'aiguillage. Le cas échéant, les investigateurs appliqueront le modèle proportionnel de Cox afin d'évaluer les répercussions relatives de ces facteurs sur le délai avant le diagnostic.

Les investigateurs présenteront les résultats complets de l'étude dans le cadre de congrès scientifiques nationaux et internationaux et les soumettront en vue d'être publiés dans des revues scientifiques révisées par des pairs.



Références

1. Zisook S, Lesser I, Stewart JW, Wisniewski SR, Balasubramani GK, Fava M et coll. Effect of age at onset on the course of major depressive disorder. *Am J Psychiatry* 2007 Oct;164(10):1539-46.
2. Klein DN, Schatzberg AF, McCullough JP, Dowling F, Goodman D, Howland RH et coll. Age of onset in chronic major depression: relation to demographic and clinical variables, family history, and treatment response. *J Affect Disord* 1999 Oct;55(2-3):149-57.
3. Hammen C, Brennan PA. Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2003 Mar;60(3):253-8.
4. Williamson DE, Birmaher B, Axelson DA, Ryan ND, Dahl RE. First episode of depression in children at low and high familial risk for depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004 Mar;43(3):291-7.
5. Korczak DJ, Goldstein BI. Childhood onset major depressive disorder: Course of illness and psychiatric comorbidity in a community sample. *J Pediatr* 2009 Jul;155(1):118-23.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4^e édition, texte révisé. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2004