

Année 2026

Thèse N° 120

Les états dépressifs à l'adolescence : les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 27/03/2026

PAR

Mlle OURGAT MERIEM

Née le 16 Février 2000 à Marrakech

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Dépression de l'adolescent – Particularités cliniques – Prise en charge thérapeutique

JURY

Mme. **F.MANOUDI**
Professeur de Psychiatrie

PRÉSIDENTE

Mme. **B.AABBASSI**
Professeur de Pédopsychiatrie

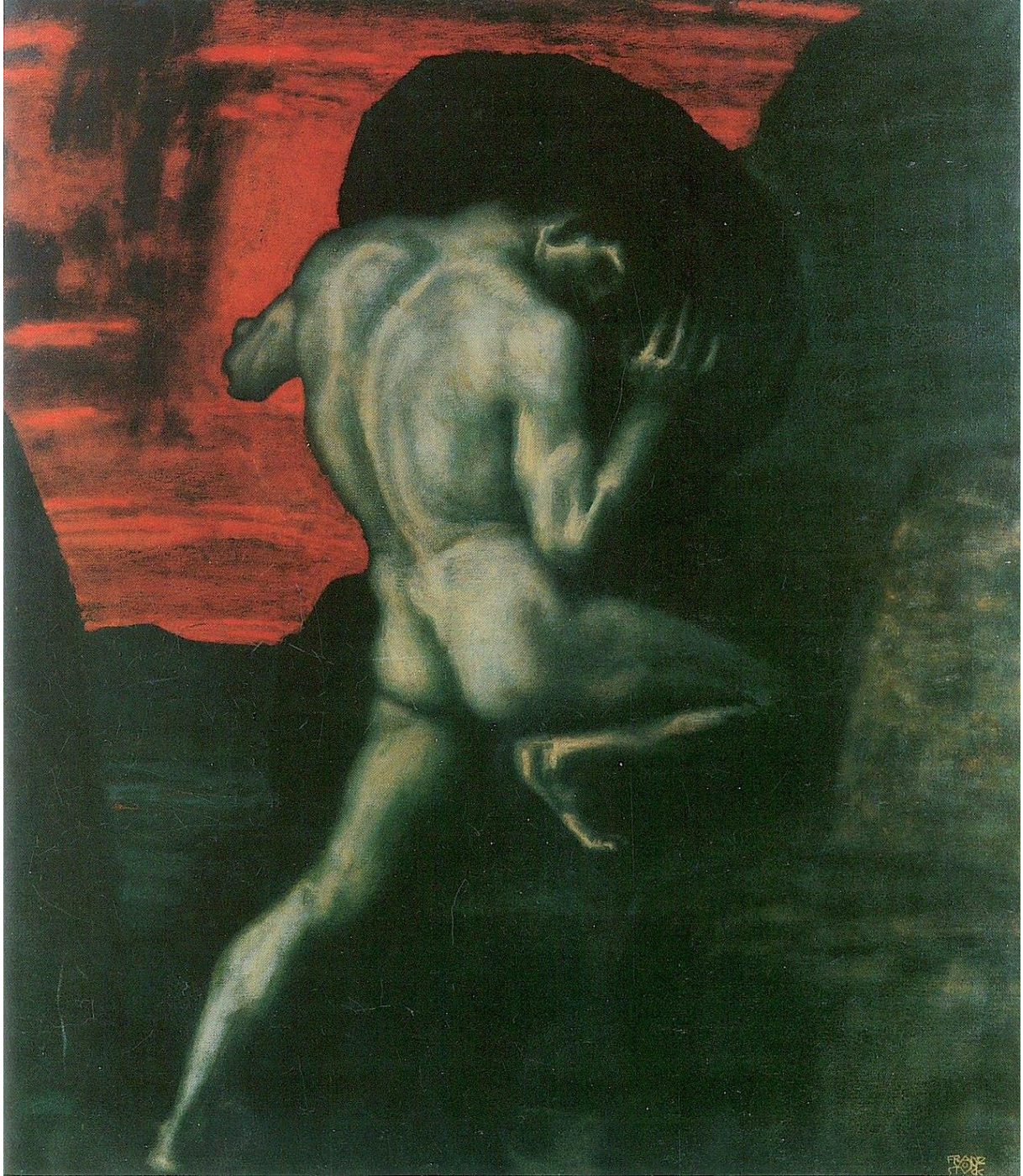
RAPPORTEUR

Mr. **M.A.LAFFINTI**
Professeur de Psychiatrie

Mr. **R.EL-QADIRY**
Professeur de Pédiatrie

Mme. **W.LAHMINI**
Professeur de Pédiatrie

JUGES



The struggle itself toward the heights is enough to fill a man's heart.

One must imagine Sisyphus happy. Albert Camus

*Do not go gentle into that good night,
Old age should burn and rave at close of day;
Rage, rage against the dying of the light.*

*Though wise men at their end know dark is right,
Because their words had forked no lightning they
Do not go gentle into that good night.*

*Good men, the last wave by, crying how bright
Their frail deeds might have danced in a green bay,
Rage, rage against the dying of the light.*

*Wild men who caught and sang the sun in flight,
And learn, too late, they grieved it on its way,
Do not go gentle into that good night.*

*Grave men, near death, who see with blinding sight
Blind eyes could blaze like meteors and be gay,
Rage, rage against the dying of the light.*

*And you, my father, there on the sad height,
Curse, bless, me now with your fierce tears, I pray.
Do not go gentle into that good night.
Rage, rage against the dying of the light.*

Dylan Thomas, 1947



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception. Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI
: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Said ZOUHAIR

Vice doyen de la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohammed AMINE

Vice doyen des Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Vice doyen Chargé de la Pharmacie

: Pr. Oualid ZIRAOUI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

**Liste nominative du personnel enseignants chercheurs
permanant**

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialités
01	ZOUHAIR Said (Doyen)	P.E.S	Microbiologie
02	CHOULLI Mohammed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	BOUSKRAOUI Mohammed	P.E.S	Pédiatrie
04	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
05	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
06	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
07	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
08	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
09	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie
12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
18	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
19	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation

20	BENELKHAIAI BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
21	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
22	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
23	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
24	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
25	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
26	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
27	OULAD SAIAD Mohammed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
28	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
29	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
30	AMINE Mohammed	P.E.S	Epidémiologie clinique
31	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
34	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
35	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
36	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
37	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
38	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
41	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
42	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
43	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
44	FOURAIJI Karima	P.E.S	Chirurgie
45	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
46	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
47	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
48	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
49	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
50	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie

51	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
52	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
53	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
54	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
55	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
56	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
57	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
58	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
59	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
60	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
61	ABOUSSAIR Nisrine	P.E.S	Génétique
62	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
63	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
64	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
65	EL BOUIHI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
66	LAKMICHI Mohammed Amine	P.E.S	Urologie
67	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
68	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
69	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
70	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
71	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
72	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
73	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
74	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
75	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
76	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
77	KRIET Mohammed	P.E.S	Ophtalmologie
78	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
80	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie

81	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
82	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
83	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
84	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
85	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
86	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
87	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
88	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
89	BOURRAHOUAT Aicha	P.E.S	Pédiatrie
90	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
91	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
92	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
93	TAZI Mohammed Illias	P.E.S	Hématologie clinique
94	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
95	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
96	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
97	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
98	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
99	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
100	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
101	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
102	BENHIMA Mohammed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
103	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
104	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
105	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation
106	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
107	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
108	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
109	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
110	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
111	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie

112	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
113	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
114	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
115	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
116	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
117	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
118	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
119	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
120	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
121	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
122	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
123	CHRAA Mohammed	P.E.S	Physiologie
124	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
125	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
126	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
127	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
128	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
129	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie
130	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
131	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
132	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
133	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
134	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
135	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
136	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
137	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
138	ARABI Hafid	P.E.S	Médecine physique et réadaptation

			fonctionnelle
139	BELHADJ Ayoub	P.E.S	Anesthésie-réanimation
140	BOUZERDA Abdelmajid	P.E.S	Cardiologie
141	ABDELFETTAH Youness	P.E.S	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
142	REBAHI Houssam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
143	BENNAOUI Fatiha	P.E.S	Pédiatrie
144	ZOUIZRA Zahira	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
145	SEBBANI Majda	P.E.S	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
146	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
147	ABDOU Abdessamad	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
148	HAMMOUNE Nabil	P.E.S	Radiologie
149	ESSADI Ismail	P.E.S	Oncologie médicale
150	ALJALIL Abdelfattah	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
151	LAFFINTI Mahmoud Amine	P.E.S	Psychiatrie
152	RHARRASSI Issam	P.E.S	Anatomie-pathologique
153	ASSERRAJI Mohammed	P.E.S	Néphrologie
154	JANAH Hicham	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
155	NASSIM SABAH Taoufik	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
156	ELBAZ Meriem	P.E.S	Pédiatrie
157	SEDDIKI Rachid	P.E.S	Anesthésie-réanimation
158	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
159	GEBRATI Lhoucine	MC Hab	Chimie
160	FDIL Naima	MC Hab	Chimie de coordination bio-organique
161	LOQMAN Souad	MC Hab	Microbiologie et Toxicologie
162	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
163	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
164	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
165	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
166	MAOUJOUD Omar	Pr Ag	Néphrologie

167	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
168	DAMI Abdallah	Pr Ag	Médecine Légale
169	AZIZ Zakaria	Pr Ag	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
170	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
171	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
172	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
173	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
174	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
175	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
176	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
177	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
178	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
179	SAYAGH Sanae	Pr Ag	Hématologie
180	EL FAKIRI Karima	Pr Ag	Pédiatrie
181	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
182	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
183	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
184	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
185	ZBITOU Mohammed Anas	Pr Ag	Cardiologie
186	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
187	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ag	Parasitologie mycologie
188	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ag	Anatomie
189	DARFAOUI Mouna	Pr Ag	Radiothérapie
190	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ag	Pédiatrie
191	ELJAMILI Mohammed	Pr Ag	Cardiologie
192	HAMRI Asma	Pr Ag	Chirurgie Générale
193	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
194	BENZALIM Meriam	Pr Ag	Radiologie
195	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ag	Biochimie
196	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ag	Microbiologie-virologie

197	HAJHOUI Farouk	Pr Ag	Neurochirurgie
198	EL KHASSOUI Amine	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
199	CHAHBI Zakaria	Pr Ag	Maladies infectieuses
200	MEFTAH Azzelarab	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
201	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
202	ATMANI Nouredine	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
203	AABBASSI Bouchra	Pr Ag	Pédopsychiatrie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
205	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
206	RHEZALI Manal	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
207	ABALLA Najoua	Pr Ag	Chirurgie pédiatrique
208	MOUGUI Ahmed	Pr Ag	Rhumatologie
209	ZOUITA Btissam	Pr Ag	Radiologie
210	HAZIME Raja	Pr Ag	Immunologie
211	SALLAHI Hicham	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
212	BENCHAFAI Ilias	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
213	EL JADI Hamza	Pr Ag	Endocrinologie et maladies métaboliques
214	AZAMI Mohammed Amine	Pr Ag	Anatomie pathologique
215	FASSI FIHRI Mohammed jawad	Pr Ag	Chirurgie générale
216	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ag	Cardiologie
217	ROUKHSI Redouane	Pr Ag	Radiologie
218	ARROB Adil	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
219	MOULINE Souhail	Pr Ag	Microbiologie-virologie
220	AZIZI Mounia	Pr Ag	Néphrologie
221	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ag	Dermatologie
222	YANISSE Siham	Pr Ag	Pharmacie galénique
223	KHALLIKANE Said	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
224	ZIRAOUI Oualid	Pr Ag	Chimie thérapeutique
225	IDALENE Malika	Pr Ag	Maladies infectieuses
226	LACHHAB Zineb	Pr Ag	Pharmacognosie
227	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ag	Dermatologie

228	AHBALA Tariq	Pr Ag	Chirurgie générale
229	EL AOUAME Amal	Pr Ag	Orthodontie et orthopédie dento-faciale
230	WARDA Karima	MCHab	Microbiologie
231	SBAI Asma	MCHab	Informatique
232	ABISSY Meriem	MC	Microbiologie
233	SLIOUI Badr	MC	Radiologie
234	CHEGGOUR Mouna	MC	Biochimie
235	BELARBI Marouane	MC	Néphrologie
236	EL AMIRI My Ahmed	MC	Chimie de Coordination bio-organique
237	LALAOUI Abdessamad	MC	Pédiatrie
238	ESSAFTI Meryem	MC	Anesthésie-réanimation
239	RACHIDI Hind	MC	Anatomie pathologique
240	FIKRI Oussama	MC	Pneumo-phtisiologie
241	EL HAMDAOUI Omar	MC	Toxicologie
242	EL HAJJAMI Ayoub	MC	Radiologie
243	BOUMEDIANE El Mehdi	MC	Traumato-orthopédie
244	RAFI Sana	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
245	JEBRANE Ilham	MC	Pharmacologie
246	LAKHDAR Youssef	MC	Oto-rhino-laryngologie
247	LGHABI Majida	MC	Médecine du Travail
248	AIT LHAJ El Houssaine	MC	Ophtalmologie
249	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	MC	Chirurgie générale
250	EL MOUHAFID Faisal	MC	Chirurgie générale
251	AHMANNNA Hussein-choukri	MC	Radiologie
252	AIT M'BAREK Yassine	MC	Neurochirurgie
253	ELMASRIOUI Joumana	MC	Physiologie
254	FOURA Salma	MC	Chirurgie pédiatrique
255	LASRI Najat	MC	Hématologie clinique
256	BOUKTIB Youssef	MC	Radiologie
257	MOUROUTH Hanane	MC	Anesthésie-réanimation
258	BOUZID Fatima zahrae	MC	Génétique

259	MRHAR Soumia	MC	Pédiatrie
260	QUIDDI Wafa	MC	Hématologie
261	BEN HOUMICH Taoufik	MC	Microbiologie-virologie
262	FETOUI Imane	MC	Pédiatrie
263	FATH EL KHIR Yassine	MC	Traumato-orthopédie
264	NASSIRI Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
265	AIT-DRISS Wiam	MC	Maladies infectieuses
266	AIT YAHYA Abdelkarim	MC	Cardiologie
267	DIANI Abdelwahed	MC	Radiologie
268	AIT BELAID Wafae	MC	Chirurgie générale
269	ZTATI Mohammed	MC	Cardiologie
270	HAMOUCHE Nabil	MC	Néphrologie
271	ELMARDOULI Mouhcine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
272	BENNIS Lamiae	MC	Anesthésie-réanimation
273	BENDAOUD Layla	MC	Dermatologie
274	HABBAB Adil	MC	Chirurgie générale
275	CHATAR Achraf	MC	Urologie
276	OUMGHAR Nezha	MC	Biophysique
277	HOUMAIID Hanane	MC	Gynécologie-obstétrique
278	YOUSFI Jaouad	MC	Gériatrie
279	NACIR Oussama	MC	Gastro-entérologie
280	BABACHEIKH Safia	MC	Gynécologie-obstétrique
281	ABDOURAFIQ Hasna	MC	Anatomie
282	TAMOUR Hicham	MC	Anatomie
283	IRAQI HOUSAINI Kawtar	MC	Gynécologie-obstétrique
284	EL FAHIRI Fatima Zahrae	MC	Psychiatrie
285	BOUKIND Samira	MC	Anatomie
286	LOUKHNATI Mehdi	MC	Hématologie clinique
287	ZAHROU Farid	MC	Neurochirurgie
288	MAAROUFI Fathillah Elkarim	MC	Chirurgie générale
289	EL MOUSSAOUI Soufiane	MC	Pédiatrie
290	BARKICHE Samir	MC	Radiothérapie
291	ABI EL AALA Khalid	MC	Pédiatrie

292	AFANI Leila	MC	Oncologie médicale
293	EL MOULOUA Ahmed	MC	Chirurgie pédiatrique
294	LAGRINE Mariam	MC	Pédiatrie
295	DAFIR Kenza	MC	Génétique
296	CHERKAoui RHAZOUANI Oussama	MC	Neurologie
297	ABAINOU Lahoussaine	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
298	BENCHANNA Rachid	MC	Pneumo-phtisiologie
299	EL GUAZZAR Ahmed	MC	Chirurgie générale
300	OULGHOUL Omar	MC	Oto-rhino-laryngologie
301	AMOCH Abdelaziz	MC	Urologie
302	ZAHLAN Safaa	MC	Neurologie
303	EL MAHFOUDI Aziz	MC	Gynécologie-obstétrique
304	CHEHBOUNI Mohammed	MC	Oto-rhino-laryngologie
305	LAIRANI Fatima ezzahra	MC	Gastro-entérologie
306	SAADI Khadija	MC	Pédiatrie
307	TITOU Hicham	MC	Dermatologie
308	EL GHOUL Naoufal	MC	Traumato-orthopédie
309	BAHI Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
310	RAITEB Mohammed	MC	Maladies infectieuses
311	DREF Maria	MC	Anatomie pathologique
312	ENNACIRI Zainab	MC	Psychiatrie
313	BOUSSAIDANE Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
314	JENDOuzI Omar	MC	Urologie
315	MANSOURI Maria	MC	Génétique
316	ERRIFAIY Hayate	MC	Anesthésie-réanimation
317	BOUKOUB Naila	MC	Anesthésie-réanimation
318	OUACHAOU Jamal	MC	Anesthésie-réanimation
319	EL FARGANI Rania	MC	Maladies infectieuses
320	IJIM Mohammed	MC	Pneumo-phtisiologie
321	AKANOUR Adil	MC	Psychiatrie
322	ELHANAFI Fatima Ezzohra	MC	Pédiatrie
323	MERBOUH Manal	MC	Anesthésie-réanimation

324	BOUROUMANE Mohammed Rida	MC	Anatomie
325	IJDDA Sara	MC	Endocrinologie et maladies métaboliques
326	GHARBI Khalid	MC	Gastro-entérologie
327	ATBIB Yassine	MC	Pharmacie clinique
328	MOURAFIQ Omar	MC	Traumato-orthopédie
329	ZAIZI Abderrahim	MC	Traumato-orthopédie
330	HENDY Iliass	MC	Cardiologie
331	HATTAB Mohammed Salah Koussay	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
332	DEBBAGH Fayrouz	MC	Microbiologie-virologie
333	OUASSIL Sara	MC	Radiologie
334	KOUYED Aicha	MC	Pédopsychiatrie
335	DRIOUICH Aicha	MC	Anesthésie-réanimation
336	TOURAIF Mariem	MC	Chirurgie pédiatrique
337	BENNAOUI Yassine	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
338	SABIR Es-said	MC	Chimie bio organique clinique
339	LAATITIOUI Sana	MC	Radiothérapie
340	IBBA Mouhsin	MC	Chirurgie thoracique
341	SAADOUNE Mohammed	MC	Radiothérapie
342	TLEMCANI Younes	MC	Ophtalmologie
343	SOLEH Abdelwahed	MC	Traumato-orthopédie
344	OUALHADJ Hamza	MC	Immunologie
345	BERGHALOUT Mohammed	MC	Psychiatrie
346	EL BARAKA Soumaya	MC	Chimie analytique-bromatologie
347	KARROUMI Saadia	MC	Psychiatrie
348	EL-OUAKHOUMI Amal	MC	Médecine interne
349	AJMANI Fatima	MC	Médecine légale
350	ZOUITEN Othmane	MC	Oncologie médicale
351	MENJEL Imane	MC	Pédiatrie
352	BOUCHKARA Wafae	MC	Gynécologie-obstétrique
353	ASSEM Oualid	MC	Pédiatrie

354	ELHANAFI Asma	MC	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
355	ABDELKHALKI Mohammed Hicham	MC	Gynécologie-obstétrique
356	ELKASSEH Mostapha	MC	Traumato-orthopédie
357	EL OUAZZANI Meryem	MC	Anatomie pathologique
358	HABBAB Mohammed	MC	Traumato-orthopédie
359	KHAMLIJ Aimad Ahmed	MC	Anesthésie-réanimation
360	EL KHADRAOUI Halima	MC	Histologie-embryologie-cyto-génétique
361	ELKHETTAB Fatimazahra	MC	Anesthésie-réanimation
362	SIDAYNE Mohammed	MC	Anesthésie-réanimation
363	ZAKARIA Yasmina	MC	Neurologie
364	BOUKAIDI Yassine	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
365	NABIL Mehdi	MC	Anesthésie-réanimation
366	KAAKOUA Mohammed	MC	Oncologie médicale
367	FIQHI Mohammed Kamal	MC	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
368	BEN ELHEND Salah	MC	Radiologie
369	KHERRAB Anass	MC	Rhumatologie
370	AWATI El Mehdi	MC	Hématologie
371	HAOUANE Mohammed Amine	MC	Anatomie pathologique
372	BOUABBADI Salah eddine	MC	Ophtalmologie
373	MOUNIR Reda	MC	Chirurgie Cardio-vasculaire
374	AHCHOUCH Siham	MC	Hématologie clinique
375	AZRIOUIL Ouhb	MC	Traumato-orthopédie
376	CHALOUAH Badr	MC	Traumato-orthopédie
377	EL BEJJAJ latimad	MC	Anatomie pathologique
378	BABA Zineb	MC	Rhumatologie
379	OUSSAYEH Imane	MC	Anesthésie-réanimation
380	KASSAL Ghizlane	MC	Pédiatrie Néonatalogie
381	RACHID Chayneze	MC	Pneumo-phtisiologie
382	BALILI Khaoula	MC	Neurologie
383	IGARRAMEN Tariq	MC	Biophysique
384	EL MAGHTOUM Hicham	MC	Anesthésie-réanimation

385	KAOUANI Douaa	MC	Pédiatrie
386	ESSOLI Samira	MC	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène
387	HABCHANE Amal	MC	Pharmacologie
388	CHARIK Mohammed Amine	MC	Cardiologie
389	MEZDID Chaymae	MC	Anatomie
390	ROUHI Salma	MC	Hématologie
391	EL OUARRADI Assia	MC	Microbiologie-virologie
392	JOULAL Hajar	MC	Médecine interne



ዕድላችንን በእርሳችን እናገኛለን።

በእርሳችን እናገኛለን።

Ourgat My Mohammed

*To my dear parents, Fatima Amlal and Moulay
Mohammed Ourgat,*

*first teachers of meaning and patience,
foundational presences who stood before my earliest steps and
shaped the quiet horizon of who I have become.*

To my father,

*who guided my steps with quiet wisdom and patient strength.
You opened before me the doors of knowledge and taught me to
love books, ideas, and the endless search for understanding.
Through you, I learned that being cultured is not only about
knowing, but about always wanting to learn more. In many
ways, I feel that my personality is a small reflection of yours —
shaped by your values, your curiosity, and your thoughtful
spirit. Your influence lives in every page I read and in every
path I choose.*

To my mother,

*whose ambition and curiosity have always been a light on my
path. I grew up following your example, learning to dream
further and reach higher with courage and determination. Your
constant support and unconditional love carried me through
every doubt and every challenge, giving me the strength to
continue when the road felt long. Together, you both created a
home filled with encouragement and warmth, and it is this love
that guided me throughout this journey and helped me become
who I am today.*

To my brothers,

To Ismaíl,

Who always knows how to lend a hand when I need it most. You offer support and protection without ever seeking recognition, and in doing so, you have become one of the greatest influences in my life. You celebrate my victories with a contagious enthusiasm that makes each success brighter and each obstacle lighter. Your joy, your humor, and your mischievous spirit illuminate the ordinary moments, transforming a simple gathering or a gray day into an instant of pure happiness. Because of you, life seems simpler and sweeter, and each step on my path is safer and more serene. I love you infinitely, and I am grateful to existence for giving me a brother like you. This thesis is dedicated to you, in recognition of the countless ways you have believed in me and stood by my side.

To Amíne,

To you, my mirror and my guide, my inspiration in life and my alter ego in soul. You are so wise, incredibly intelligent, and profoundly charismatic. At your side, one simply wishes to listen, to learn, and to share the world for endless hours. You are unique, fascinating, precious, and irreplaceable; your existence nourishes mine on the deepest level. I love you profoundly and I admire you with all my heart. You have been my support at every step of this journey—psychologically, intellectually, and in my pursuit of knowledge. I remember with tenderness those moments when I learned by your side, your gestures becoming both wisdom and play, both hilarious and deeply precious. Your presence has shaped not only who I am, but who I aspire to be. I thank you for everything you are and everything you have given me: without you, a fundamental part of my path would not exist. I wish you all the happiness in the world, and I am infinitely grateful that you are my brother and that I walk through life beside you.

To Hajar, my Jiji,

My companion on this journey, in both my professional and personal life. I have lived so much at your side, and only at your side I lived.

You are a beautiful and kind soul, always ready to help, always generous. Your drive, your work ethic, and your profound values inspire me every day. I will always remember our days studying together, our shared life, our nights of work, our laughter mixed with exhaustion—all THESE memories are precious and luminous.

I know we will create many more. And don't forget: there is no escape—where Jiji goes, Mimi is always right behind.

†◊□△◊ℝ∑† | ∅ℳℓ, ∑℥ ∅◊ †ℳ∑† ∑XX◊. ∅ℳℓ∅ ∑XII◊. Θℳ. ∑†◊.ℓ.

To My Colleagues and Friends,

Dr. Ilham, Dr. Soumia and Dr. Asmae,

What we share transcends simple friendship or professional collaboration. Seven years of walking together through studies, exams, shifts, exhaustion, and stress—but because of you, it all became lighter, more joyful, and always filled with laughter. You transformed difficult moments into precious memories, and every single day at your side shines brighter. I wish you all the happiness in the world, great success in your careers and personal lives. Thank you for your support, your energy, and your genuine presence—I am fortunate to have you in my life, and I know that beautiful adventures still await us together.

Dr. Samia, My binôme,

Throughout our journey together in medical school and our hospital rotations, we faced countless challenges that tested us both. Those moments when we tried to master medical procedures—fumbling with techniques, doubting ourselves, learning through trial and error—were an absolute mess! Yet I still laugh thinking about those times: the nervous energy, the determination despite our inexperience, the way we pushed through exhaustion and uncertainty together. Every shift, every rotation, every patient encounter became a stepping stone in our growth. Thank you for all the precious memories we have shared throughout our journey together. I appreciate you deeply: you are funny, intelligent, generous, and truly one of a kind. I am grateful and happy to have you as both my partner and my friend.

To My Dear Friends,

*Dr. Ghita Nadhamou, Dr. Chaïma Rbaïe, Dr. Chaïma Rachidi,
Dr. Saloua Nassiri, Dr. Fatoumata, Dr. Leïla Ramzi, Dr. Salma
Amrani, Dr. Selsabil, Dr. Siham Oukhmis, Dr. Salma Oubada, Dr.
Salma Gueda, Dr. Hiba, Dr Hamza Ouchibi, Dr Taha Trachi, Dr
Mehdi, Dr Abdeladime, Dr Imad, and all those I have not
mentioned by name,*

*You are far more than a simple group of people—you are a
beautiful constellation of kind-hearted souls who transformed my
journey into an adventure filled with meaning, joy, and
solidarity.*

*To each of you, I must say: thank you. Thank you for every
moment shared, for every laugh that brightened my days, for
every challenge we overcame together, arm in arm. Thank you
for those long and exhausting shifts where your presence made
the impossible possible, where your smiles transformed our fatigue
into collective strength.*

*To each of you, my precious allies and companions on this road, I
offer my profound respect and admiration.*

ΣΕΛΛΕΡΟΝ ΣΙΛ, ΤΟΠΙΟ Ι ΣΗ



REMERCIEMENTS



**À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE : MADAME LA
PROFESSEURE FATIHA MANOUDI, PROFESSEURE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN PSYCHIATRIE ET CHEF
DE SERVICE À L'HÔPITAL IBN NAFIS, CHU MOHAMMED VI
DE MARRAKECH**

C'est avec un profond respect et une gratitude infinie que je vous remercie d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Malgré vos nombreuses responsabilités académiques et cliniques, vous avez généreusement accordé de votre temps pour superviser cette étape cruciale de mon parcours doctoral.

Votre rigueur scientifique, votre compréhension perspicace des défis de la recherche, et votre bienveillance dans la création d'un espace d'échange intellectuel authentique ont grandement enrichi cette expérience. Votre capacité à guider la réflexion collective témoigne de votre excellence académique.

Je suis profondément honorée que vous ayez accepté de couronner mon parcours doctoral par votre présence distinguée à la tête de ce jury. Votre parrainage représente bien plus qu'une simple présidence – c'est un acte de confiance envers mon travail et une reconnaissance de mes efforts. Merci pour votre soutien et votre confiance tout au long de ce parcours.

**À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE : MADAME
LA PROFESSEURE AABASSI BOUCHRA, PROFESSEURE DE
L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR EN PÉDOPSYCHIATRIE ET
CHEF DE SERVICE À L'HÔPITAL IBN NAFIS, CHU
MOHAMMED VI DE MARRAKECH**

Il m'est impossible de condenser en quelques mots ma profonde gratitude envers vous. Malgré vos responsabilités académiques considérables, vous avez généreusement accepté de diriger ce travail doctoral avec une bienveillance et une disponibilité remarquables. Vos conseils judicieux, vos remarques toujours constructives et votre soutien constant ont guidé chaque étape de cette recherche avec sagesse. Votre rigueur scientifique, votre passion pour l'enseignement et votre humanité exceptionnelle m'ont inspirée à donner le meilleur de moi-même. Je suis profondément impressionnée par votre expertise et honorée d'avoir eu le privilège de travailler sous votre direction. Merci pour votre gentillesse, votre aide précieuse et votre confiance envers ce travail. Ce travail témoigne de votre investissement personnel et de votre dévouement.

**À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE : MONSIEUR LE
PROFESSEUR MAHMOUD AMINE LAFFINTI, PROFESSEUR
ET CHEF DE SERVICE DE PSYCHIATRIE À L'HÔPITAL
MILITAIRE AVICENNE DE MARRAKECH**

Je suis profondément reconnaissante d'avoir bénéficié de votre présence au sein de ce jury de thèse. Votre acceptation de cette responsabilité, malgré vos nombreuses obligations académiques et cliniques, témoigne de votre générosité. Votre bienveillance, votre écoute attentive et votre humanité remarquable ont créé un environnement propice à la réussite de ce travail. Votre regard critique et constructif a enrichi cette recherche. Je suis honorée d'avoir eu l'opportunité de bénéficier de votre expertise et de votre gentillesse. Merci pour votre soutien et votre confiance envers ce projet doctoral.

**À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE : MADAME LA
PROFESSEURE WIDAD LAHMINI, PROFESSEURE DE
PEDIATRIE À L'HÔPITAL CHU MOHAMMED VI DE
MARRAKECH**

Je suis profondément reconnaissante d'avoir bénéficié de votre présence au sein de ce jury de thèse. Votre acceptation de cette responsabilité, malgré vos nombreuses obligations académiques et cliniques, témoigne de votre générosité. Votre bienveillance, votre écoute attentive et votre humanité remarquable ont créé un environnement constructif pour cette recherche. Votre perspective experte a enrichi ce travail. Je suis honorée d'avoir eu l'opportunité de bénéficier de votre soutien et de votre gentillesse. Merci pour votre confiance envers ce projet doctoral.

**À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE : MONSIEUR LE
PROFESSEUR RABIV EL QUADIRY, PROFESSEUR DE
PEDIATRIE À L'HÔPITAL CHU MOHAMMED VI DE
MARRAKECH**

Je suis profondément reconnaissante d'avoir bénéficié de votre présence au sein de ce jury de thèse. Votre acceptation de cette responsabilité, malgré vos nombreuses obligations académiques et cliniques, témoigne de votre générosité. Votre bienveillance, votre écoute attentive et votre humanité remarquable ont créé un environnement constructif pour cette recherche. Votre perspective experte a enrichi ce travail. Je suis honorée d'avoir eu l'opportunité de bénéficier de votre soutien et de votre gentillesse. Merci pour votre confiance envers ce projet doctoral.

À DOCTEUR MAJDA HAFISSI ET DOCTEUR MARYAM EL BAKOR, RESIDENTES AU SERVICE DE PÉDOPSYCHIATRIE

À vous deux, je souhaite exprimer ma profonde gratitude. Tout au long de ce parcours doctoral, vous avez été bien plus que des collègues—vous avez été mes guides, mes soutiens constants et mes compagnes de route. Votre aide généreuse, vos conseils avisés et votre disponibilité sans faille ont grandement facilité chaque étape de cette recherche. Votre humanité, votre bienveillance et votre encouragement sincère m'ont donné la force de persévérer dans les moments difficiles. J'ai eu le privilège de travailler à vos côtés et de bénéficier de votre amitié authentique. Merci d'avoir cru en moi, de m'avoir guidée avec patience et de m'avoir rappelé que la médecine est avant tout une affaire de cœur. Votre soutien a laissé une empreinte indélébile sur ce travail et sur mon parcours. Je suis infiniment reconnaissante de vous avoir dans ma vie, tant sur le plan professionnel que personnel.

À MONSIEUR EL MOKHTAR, AGENT DE SÉCURITÉ DU SERVICE DE PÉDOPSYCHIATRIE

Je tiens à exprimer ma sincère gratitude envers vous pour votre aide précieuse durant la phase d'exploitation de cette recherche.

Votre gentillesse, votre disponibilité constante et votre dévouement ont facilité grandement le déroulement de ce travail.

Vous avez su créer un environnement accueillant et sécurisé, permettant à cette recherche de se concrétiser dans les meilleures conditions. Merci pour votre soutien silencieux mais essentiel, et pour votre humanité qui a rendu ce parcours plus agréable.

***MERCI A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE
DE LA PÉDOPSYCHIATRIE DE L'HOPITAL IBN NAFIS
DU CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH***



LISTE DES ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations

CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
DI	:	Déficiência Intellectuelle
DT1	:	Diabète Type 1
EDM	:	Épisode Dépressif Majeur
ESPT	:	État de Stress Post-Traumatique
HTA	:	Hypertension Artérielle
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
RUD	:	Risque – Urgence – Dangersité
TSA	:	Trouble du Spectre Autistique
TOC	:	Trouble Obsessionnel Compulsif
AACAP	:	American Academy of Child and Adolescent Psychiatry
ABFT	:	Attachment-Based Family Therapy
AMM	:	Autorisation de Mise sur le Marché
BDI	:	Beck Depression Inventory
FDA	:	Food and Drug Administration
ISRS	:	Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine
NSE	:	Niveau Socio-Économique
TDAH	:	Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité
TDC	:	Trouble Dépressif Caractérisé



LISTE DES FIGURES



Liste des figures :

- Figure 1** : Répartition de l'échantillon selon le genre
- Figure 2** : Répartition des adolescents selon le niveau scolaire
- Figure 3** : Répartition des adolescents selon le lieu de résidence
- Figure 4** : Répartition du statut matrimonial des parents et de la structure familiale
- Figure 5** : Distribution du niveau socio-économique des familles
- Figure 6** : Répartition de la fratrie
- Figure 7** : Répartition des antécédents psychiatriques familiaux
- Figure 8** : Répartition des antécédents familiaux de toxicomanie
- Figure 9** : Répartition des antécédents médicaux familiaux
- Figure 10** : Répartition des antécédents médicaux personnels
- Figure 11** : Prévalence des tentatives de suicide antérieures
- Figure 12** : Prévalence de l'humeur irritable
- Figure 13** : Évaluation de La perte d'intérêt et de plaisir
- Figure 14** : Perception du changement de fonctionnement
- Figure 15** : Présence des idées suicidaires
- Figure 16** : Fréquence des troubles du sommeil
- Figure 17** : Prévalence des troubles alimentaires
- Figure 18** : Prévalence de l'asthénie
- Figure 19** : Évaluation du retrait et de l'isolement social
- Figure 20** : Distribution des comportements à risque
- Figure 21** : Prévalence des troubles sphinctériens fonctionnels
- Figure 22** : Prévalence des difficultés relationnelles
- Figure 23** : Répartition des styles d'attachement
- Figure 24** : Répartition selon l'intensité de l'épisode dépressif

Figure 25 : Évaluation de l'observance au traitement

Figure 26 : Profil de tolérance du traitement médicamenteux

Figure 27 : Incidence des épisodes suicidaires durant le suivi

Figure 28 : Évaluation du devenir clinique et de l'issue thérapeutique

Figure 29 : Durée du suivi clinique



LISTE DES TABLEAUX



LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	:	Statistiques descriptives de l'âge
Tableau II	:	Répartition selon le rendement scolaire
Tableau III	:	Caractéristiques socio-démographiques
Tableau IV	:	Typologie des antécédents psychiatriques familiaux
Tableau V	:	Antécédents médicaux familiaux
Tableau VI	:	Antécédents médicaux personnels
Tableau VII	:	Antécédents psychiatriques personnels
Tableau VIII	:	Répartition de la consommation de toxiques
Tableau IX	:	Facteurs de stress familiaux
Tableau X	:	Facteurs de stress environnementaux et individuels
Tableau XI	:	Évaluation du risque suicidaire
Tableau XII	:	Répartition des comportements violents
Tableau XIII	:	Typologie des comportements à risque
Tableau XIV	:	Symptômes de somatisation
Tableau XV	:	Comorbidités psychiatriques associées
Tableau XVI	:	Type clinique de la dépression
Tableau XVII	:	Synthèse des données cliniques
Tableau XVIII	:	Modalités de prise en charge médicamenteuse
Tableau XIX	:	Synthèse des données thérapeutiques



INTRODUCTION	1
MATÉRIELS ET MÉTHODES	4
I. Type d'étude	5
II. Échantillonnage.....	5
1. Les critères d'inclusion	5
2. Les critères d'exclusion	5
3. Considérations éthiques	5
III. Méthodes	6
1. Déroulement de l'étude.....	6
2. Méthodologie d'évaluation	6
IV. Analyse statistique	7
RÉSULTATS	8
I. Données épidémiologiques	9
1. La prévalence	9
2. La répartition selon l'âge.....	9
3. La répartition selon le genre	9
4. La répartition selon le niveau scolaire	10
5. La répartition selon le rendement scolaire.	10
6. La répartition selon le lieu de résidence	11
7. La répartition selon le statut matrimonial des parents et la structure familiale ...	11
8. La distribution selon le niveau socio-économique des familles	12
9. La répartition de la fratrie	13
II. Données cliniques	14
1. Les antécédents familiaux et personnels	14
2. Les facteurs de stress	20
3. La symptomatologie.....	21
III. Données thérapeutiques	35
1. L'analyse des modalités de prise en charge médicamenteuse	35
2. Le pivot de la prise en charge est la psychothérapie	35
3. L'évaluation de l'observance au traitement	36
4. Le profil de tolérance du traitement médicamenteux	36
5. L'incidence des épisodes suicidaires durant le suivi	37
6. L'évaluation du devenir clinique et de l'issue thérapeutique	38
7. La durée du suivi clinique	38
DISCUSSION.....	40
I. Généralités	41
II. Discussion des données épidémiologiques	42
1. Le profil sociodémographique des adolescents dépressifs	42
2. L'environnement familial et vulnérabilité psychosociale	47
III. Discussion des données cliniques	51
1. Les antécédents familiaux et personnels	51
2. Les facteurs de stress et contexte psychosocial	61
3. L'expression clinique de la dépression chez l'adolescent.....	62

4. Le risque suicidaire et comportements à risque	64
5. Le retentissement scolaire et social.....	66
6. Les comorbidités psychiatriques associées	68
IV. Discussion des données thérapeutiques	70
1. Les principes de la prise en charge	70
2. Les buts de la prise en charge	70
3. Les modalités de prise en charge et leurs indications	71
4. L'observance, tolérance et suivi	75
5. L'évolution clinique et devenir des adolescents.....	76
V. L'apport de l'étude.....	78
FORCES ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	80
RECOMMANDATIONS	82
CONCLUSION.....	85
RÉSUMÉ.....	87
ANNEXES	92
BIBLIOGRAPHIE.....	96



INTRODUCTION



L'adolescence constitue une étape clé du développement humain, marquée par des transformations rapides et profondes touchant les sphères biologique, psychologique et sociale. Cette période de transition, située entre l'enfance et l'âge adulte, correspond à une phase de vulnérabilité psychiatrique particulière durant laquelle se construisent les bases de l'équilibre émotionnel, relationnel et cognitif. Les changements hormonaux liés à la puberté, la maturation cérébrale encore inachevée, ainsi que les exigences sociales et scolaires croissantes exposent l'adolescent à un risque accru de troubles psychiques, dont la dépression occupe une place centrale.

Longtemps considérée comme rare chez le sujet jeune, la dépression est aujourd'hui reconnue comme un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale et dont le début est de plus en plus précoce. Sur le plan épidémiologique, la prévalence des états dépressifs connaît une élévation nette à la puberté, atteignant environ 4 à 8 % des adolescents. Cette évolution s'accompagne d'une différence marquée selon le sexe, avec une prédominance féminine statistiquement établie à partir du milieu de l'adolescence. Force est de constater que l'âge du diagnostic clinique se situe au début de l'adolescence (10–12 ans).

Les formes adolescentes interpellent les cliniciens par l'atypicité de la présentation sémiologique (où l'irritabilité est l'élément central), l'inhomogénéité des formes cliniques (formes trompeuses par la présence de signes fonctionnels somatiques, les comportements de passage à l'acte et l'agir) et le degré de gravité mettant l'accent sur la fréquence à cet âge des comportements de défi (consommation, agitation, agressivité) et le passage à l'acte suicidaire.

L'originalité des formes dépressives à l'âge de l'adolescence est soulignée également par les modalités de la prise en charge proposée en consultation de pédopsychiatrie. La psychothérapie est le pivot central. La prescription médicale occupe une place secondaire dans l'arsenal thérapeutique en cas d'échec ou d'insuffisance de la psychothérapie, dans les formes sévères et dans la gestion de la crise. L'aménagement scolaire est l'un des piliers principaux à reconsidérer.

Bien que, toujours sous-diagnostiquée et banalisée à l'âge pédiatrique, la dépression adolescente reste l'un des troubles psychiatriques les plus impactants à long terme, constituant vraisemblablement un facteur de risque psychiatrique majeur à l'âge adulte. Elle peut, si elle n'est pas prise en charge précocement, hypothéquer le développement psychoaffectif, social et relationnel des jeunes adolescents. Soulignant que la suicidalité dans ce contexte reste parmi les risques évolutifs les plus imprévisibles. La rechute, quant à elle, est fréquente.

C'est dans cette perspective d'originalité clinique, de prise en charge et de pronostic que notre travail prend sa valeur clinique. Nous nous fixons comme objectifs d'étude : décrire le profil épidémiologique des états dépressifs à l'adolescence, relater les particularités des présentations cliniques propres à cet âge, spécifier les différents types de dépression rencontrés chez l'adolescent, identifier et analyser les principaux facteurs de risque, et enfin mettre en évidence les particularités de la prise en charge. L'ensemble de ces éléments permettra d'offrir une vision globale et structurée de la dépression à l'adolescence, afin de contribuer à une meilleure compréhension et à une prise en charge plus efficace de ce trouble dans cette période cruciale du développement.



MATÉRIELS ET MÉTHODES



I. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive et transversale réalisée à partir des dossiers médicaux des adolescents âgés entre 10 et 17 ans et suivis pour une dépression à la consultation ambulatoire de pédopsychiatrie universitaire du centre hospitalier universitaire (CHU) Mohammed VI de Marrakech durant la période de 5 ans allant de Janvier 2021 à Décembre 2025.

II. Échantillonnage :

Il s'agit d'un échantillon de 159 patients chez lesquels le diagnostic de dépression a été retenu à partir de l'évaluation clinique, fondée sur la symptomatologie dépressive observée lors de l'examen pédopsychiatrique.

1. Les critères d'inclusion :

- Patients âgés de 10 à 17 ans.
- Dossiers médicaux complets permettant une analyse des caractéristiques sociodémographiques, cliniques et les modalités thérapeutiques.
- Sujets atteints de dépression selon l'évaluation clinique.

2. Les critères d'exclusion :

- Patient âgé de moins 10 ans et/ou plus de 17 ans.
- Dossiers médicaux incomplets ou présentant un autre trouble psychiatrique.
- Patients avec diagnostic de dépression et perdus de vue avant 3 mois de suivi.

3. Considérations éthiques :

Cette étude a été conduite conformément aux principes éthiques régissant la recherche médicale. Les données ont été collectées à partir des dossiers médicaux des patients adolescents, sur une fiche d'exploitation recueillant des données épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutives.

La confidentialité et l'anonymat des informations ont été rigoureusement respectés. Aucune donnée permettant l'identification des patients n'a été collectée ou divulguée.

III. Méthodes :

1. Déroulement de l'étude :

- Vérification des critères d'inclusion et d'exclusion.
- La collecte de données démographiques et d'informations cliniques à partir des dossiers médicaux.
- Remplissage de la fiche d'exploitation.
- Analyse à l'aide d'un logiciel statistique (Microsoft Excel).
- Présentation des résultats sous forme de tableaux et de figures.

2. Méthodologie d'évaluation :

Le recueil des données a été réalisé à l'aide d'une fiche d'exploitation standardisée (Voir annexe 1), élaborée spécifiquement pour les besoins de cette étude.

Cette fiche a permis de collecter de manière systématique les informations à partir des dossiers médicaux des patients adolescents suivis pour des états dépressifs au sein du service de pédopsychiatrie à l'hôpital Mohammed VI.

Les données recueillies proviennent principalement des observations médicales, des comptes rendus des consultations, des entretiens cliniques et thérapeutiques consignés dans les dossiers médicaux.

Les variables étudiées ont été classées en trois catégories principales :

Les variables sociodémographiques (âge, sexe, niveau scolaire, situation familiale, contexte socio-économique).

Les variables cliniques (symptômes dépressifs, durée d'évolution des symptômes, type clinique de la dépression, sévérité de l'état dépressif, présence de comorbidités, risque suicidaire).

Les variables thérapeutiques (cadre de la prise en charge, psychothérapie, traitement médicamenteux, mesures associées, évolution clinique sous traitement).

Le diagnostic a été posé principalement par la clinique, l'usage de certaines échelles psychométriques a été réservé aux formes atypiques ou en présentant des comorbidités.

IV. Analyse statistique :

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Les variables quantitatives sont présentées sous forme de médianes, et les variables qualitatives sous forme d'effectifs et de pourcentages.

Étant donné le caractère descriptif et non comparatif de l'étude, seules des statistiques descriptives ont été utilisées et aucune analyse comparative ni test statistique n'a été réalisé.



RÉSULTATS

I. Données épidémiologiques :

1. La prévalence :

Dans notre étude, nous avons identifié 159 adolescents suivis pour un épisode dépressif, soit 1,33 % des 11 985 patients pris en charge au sein du service de pédopsychiatrie du CHU de Marrakech, soit un total de 3595 adolescents consultants en pédopsychiatrie. (4% sont en dépression)

2. La répartition selon l'âge :

L'analyse révèle que la population adolescente est âgée entre 10 et 17 ans, avec **une moyenne d'âge de 13,95 ans** ($\pm 2,02$). La distribution est multimodale, présentant **un premier pic d'effectif à 14 ans** et **un second pic**, le plus important, à 16 ans (plus de 40 individus).

Tableau I : Statistiques descriptives de l'âge des patients.

	Âge
N	159
Moyenne	13,95
Écart-type	2,02
Minimum	10
Maximum	17
Moyenne $\pm$ Écart type	13,95 $\pm$ 2,02

3. La répartition selon le genre :

L'échantillon présente une nette **prédominance féminine**. Sur les 159 sujets inclus, 97 sont des filles (61 %) contre 62 garçons (39 %). **Le sex-ratio (F/G) s'établit à 1,56.**

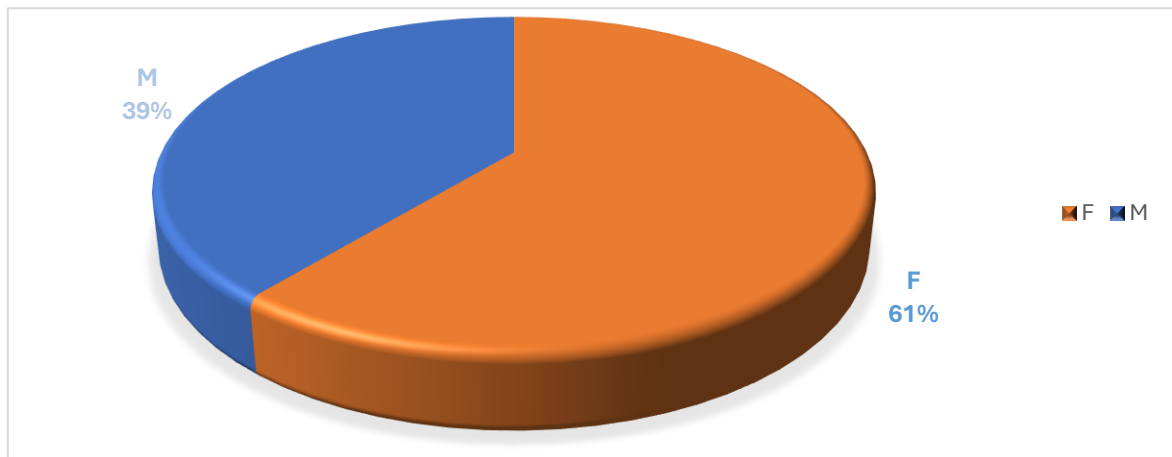


Figure 1 : Répartition de l'échantillon selon le genre.

4. La répartition selon le niveau scolaire :

Le profil scolaire montre que la majorité des adolescents sont scolarisés au collège (n=66), suivi du niveau primaire (n=42) et du lycée (n=34). Il est important de noter qu'une partie non négligeable de l'échantillon est en arrêt ou complètement en décrochage scolaire (n=17).

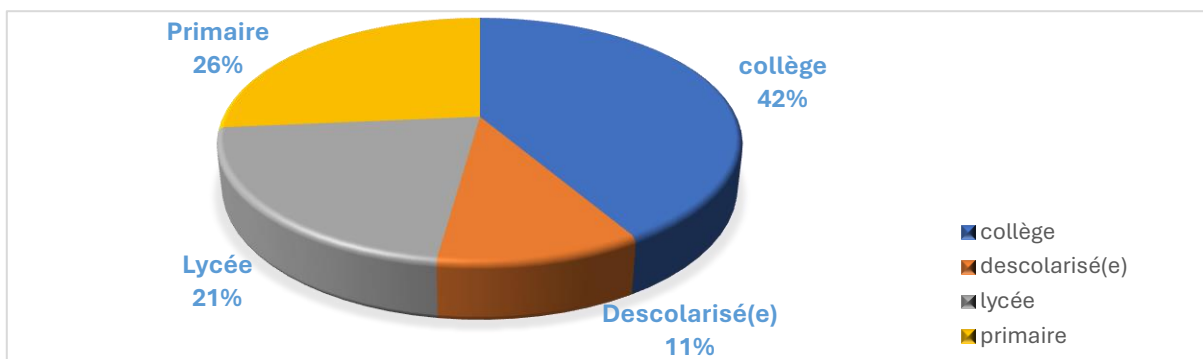


Figure 2 : Répartition des adolescents selon le niveau scolaire.

5. La répartition selon le rendement scolaire :

L'évaluation du rendement scolaire montre que plus de la moitié des sujets présentent un rendement scolaire moyen, soit 88 cas (55,35 %). Un rendement faible est observé chez 44 adolescents (27,67 %), traduisant des difficultés scolaires notables. Par ailleurs, 17 sujets (10,69 %) sont en arrêt ou complètement en décrochage scolaire.

Un rendement scolaire satisfaisant est retrouvé chez 10 adolescents (6,29 %), représentant une minorité de l'échantillon.

Globalement, ces résultats mettent en évidence que les performances scolaires sont touchées à des degrés différents chez les adolescents.

Tableau II : Répartition des adolescents selon le rendement scolaire.

Rendement scolaire	Fréquence	Pourcentage
Moyen	88	55,35%
Faible	44	27,67%
Arrêt ou décrochage scolaire	17	10,69%
Élevé	10	6,29%

6. La répartition selon le lieu de résidence :

Concernant le lieu de vie, la majorité des adolescents résident en **lieu urbain**, soit 147 sujets (92,45%), 12 sujets (7,55 %) vivant en lieu rural.

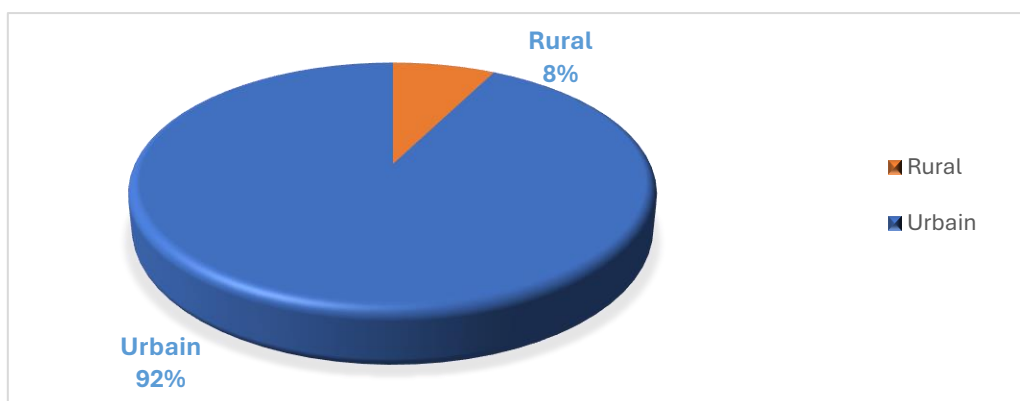


Figure 3 : Répartition des adolescents selon le lieu de résidence.

7. La répartition selon le statut matrimonial des parents et la structure familiale :

L'analyse descriptive des données révèle une prédominance du modèle de famille nucléaire unie et biparentale avec un statut de parents mariés, qui concerne 81,13 % de l'effectif (n = 129). À l'inverse, la structure monoparentale est minoritaire, représentant 19 % des adolescents interrogés (n = 30), soit les parents sont divorcés (13,21 %, n = 21), soit par décès de l'un des parents (5,66 %, n = 9).

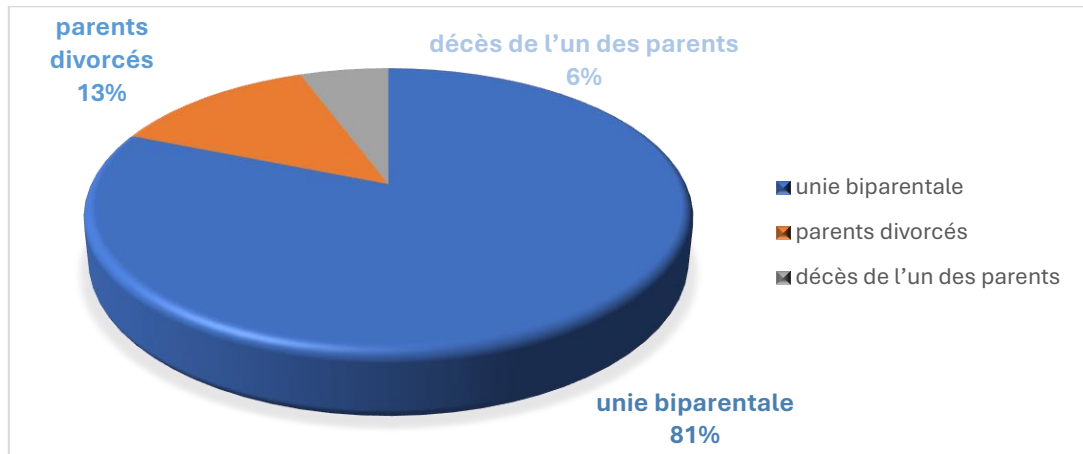


Figure 4 : Répartition du statut matrimonial des parents et de la structure familiale.

8. La distribution selon le niveau socio-économique des familles :

L'analyse montre que **près des deux tiers des familles ont un niveau socio-économique bas**, soit 57,86% (n = 92). Le tiers restant, représentant 42,14 % (n = 67), se situe dans la catégorie de niveau moyen.

Le niveau socio-économique était évalué dans cette étude selon :

- Les revenus mensuels.
- Les charges financières.
- Le nombre de personnes à la charge.
- Satisfaction des besoins de base de la famille.
- Accès à la scolarité, aux soins et aux infrastructures.

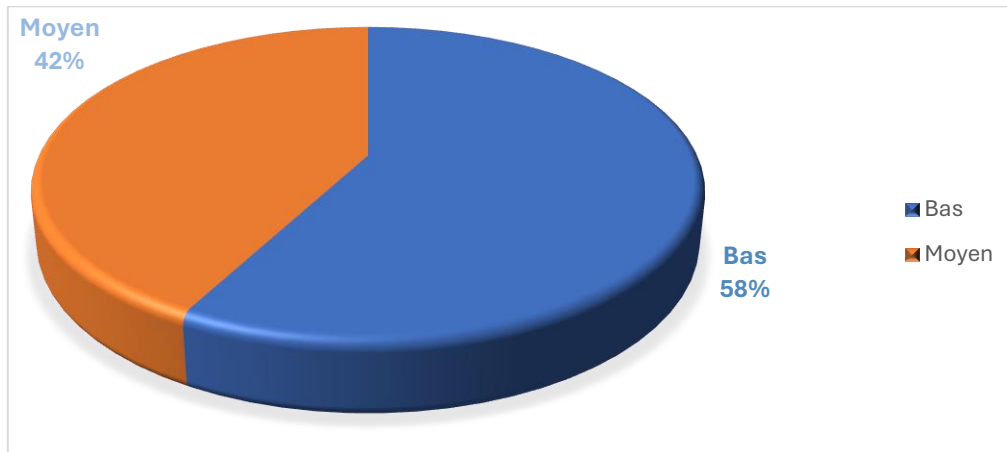


Figure 5 : Distribution du niveau socio-économique des familles.

9. La répartition de la fratrie :

L'analyse de la composition familiale montre que la majorité des adolescents déclarent avoir au plus deux frères ou sœurs ($n = 87$, 54,72 %). Les familles nombreuses (plus de deux frères/sœurs) représentent 34,59 % de l'échantillon ($n = 55$), tandis que les enfants uniques ne constituent que 10,69% de l'effectif ($n = 17$).

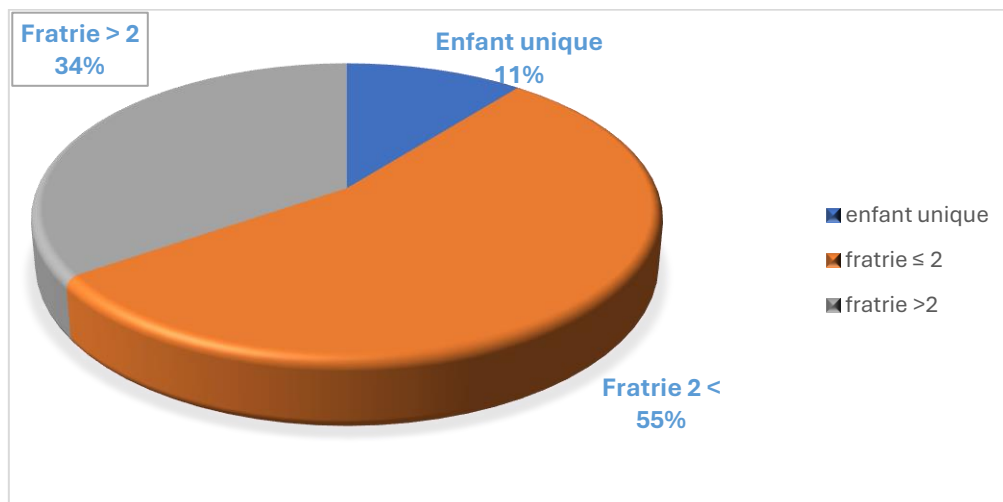


Figure 6 : Répartition de la fratrie chez les adolescents.

Le tableau suivant résume les caractéristiques socio-démographiques des patients :

Tableau III : Les caractéristiques socio-démographiques des patients.

Caractéristiques des patients		Fréquence	Pourcentage
Le genre	Masculin	62	39%
	Féminin	97	61%
Le niveau scolaire	Primaire	42	26%
	Collège	66	42%
	Lycée	34	21%
	Arrêt ou décrochage scolaire	17	11%
Le rendement scolaire	Moyen	88	55,35%
	Faible	44	27,67%
	Élevé	10	6,29%
Le lieu de résidence	Rural	12	7,55%
	Urbain	147	92.45%
La situation matrimoniale des parents et la structure familiale	Famille unie biparentale	129	81%
	Parents divorcés	21	13%
	Décès d'un des parents	9	6%
Le niveau socio-économique	Bas	92	57,86%
	Moyen	67	42%
La fratrie	Enfant unique	17	10,69%
	Fratrie > 2	55	34,59%
	Fratrie < 2	87	54,72%

II. Données cliniques :

1. Les antécédents familiaux et personnels :

1.1 Répartition des antécédents psychiatriques familiaux :

L'analyse révèle que 37,74 % des adolescents ont au moins un antécédent psychiatrique au premier degré (parents ou fratrie). Cette donnée renvoie au poids de l'hérédité ou de l'environnement familial pathogène dans la genèse de la dépression.

La lignée maternelle est la plus impactée : la **dépression maternelle est l'antécédent le plus fréquent (18,24 %, n = 29)**, suivie du trouble anxieux (6,28 %, n = 10). À noter que le type de trouble anxieux n'a pas été précisé par les parents. Les antécédents paternels sont nettement moins représentés, la **dépression du père concerne 1,89 % des cas (n = 3)**. D'autres

Les états dépressifs à l'adolescence :

Les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

pathologies (troubles bipolaires (n = 3), tentatives de suicide (n = 1)) sont rapportées de manière marginale dans la parenté directe ou élargie.

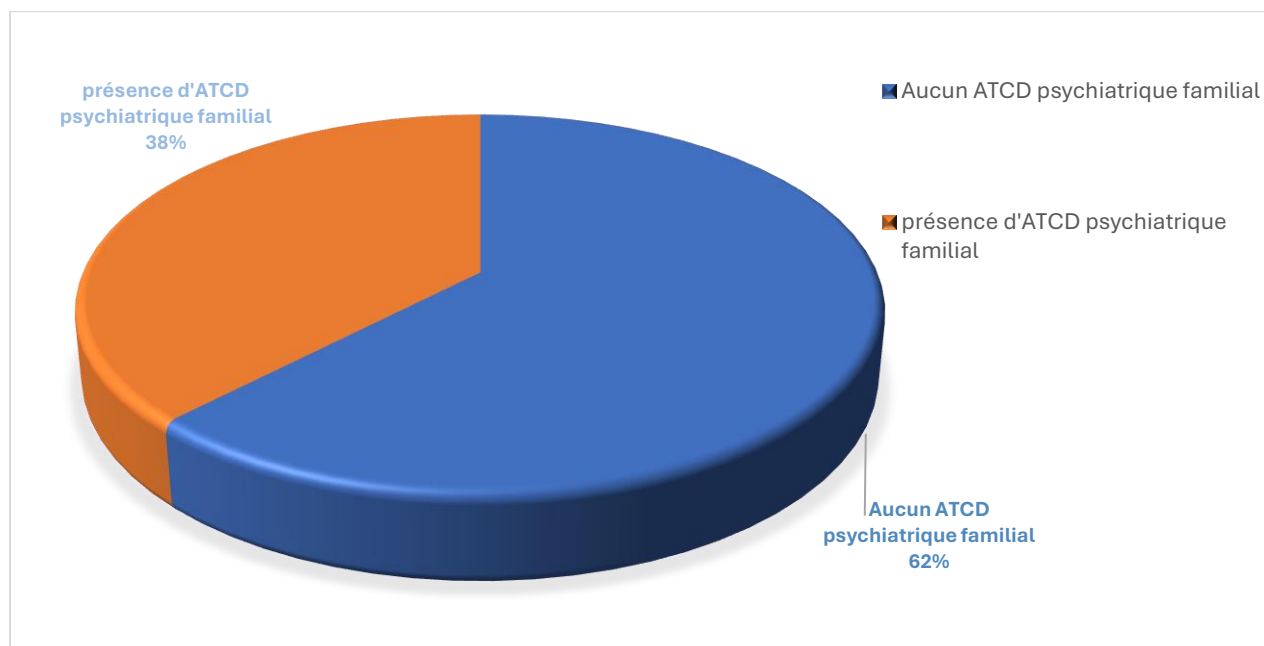


Figure 7 : Répartition des antécédents psychiatriques familiaux.

Tableau IV : Typologie des antécédents psychiatriques familiaux.

Antécédents familiaux psychiatriques		Fréquence	Pourcentage
Aucun		99	62,26%
Mère	Dépression	29	18,24%
	Trouble Anxieux	10	6,28%
	Schizophrénie	0	0%
	Trouble bipolaire	2	1,26%
	Tentative de suicide	0	0%
Père	Dépression	3	1,89%
	Trouble anxieux	1	0,63%
	Schizophrénie	0	0%
	Trouble bipolaire	1	0,63%
	Tentative de suicide	1	0,63%
Autres		13	8,18%

1.2 La répartition des antécédents familiaux d'usage de substances :

L'étude révèle qu'une grande majorité des adolescents, soit 89,94 % (n = 143), ne présentent pas d'antécédent familial de consommation de toxiques. Tandis que 6,28 % (n = 10) ont un parent toxicomane, 2,52 % (n = 4) ont un frère consommateur.

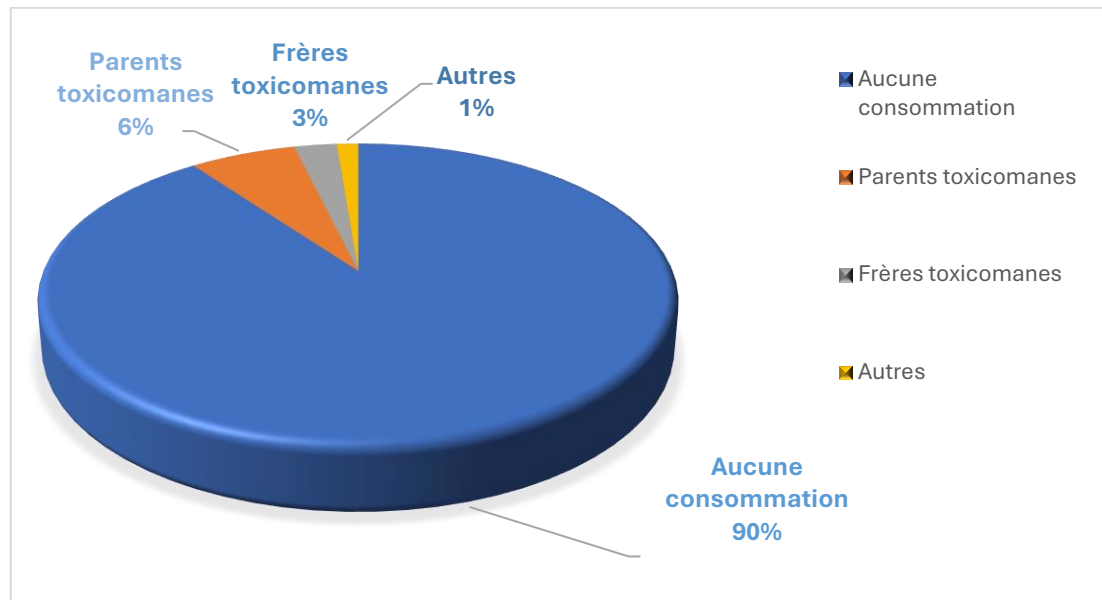


Figure 8 : Répartition des antécédents familiaux de toxicomanie.

1.3 La répartition des antécédents médicaux familiaux :

L'étude des antécédents médicaux montre que près des trois quarts des adolescents, soit 74,84 % (n = 119), déclarent ne pas avoir d'antécédents médicaux familiaux notables. Une proportion significative de 25,15 % (n = 40) rapporte la présence d'antécédents au sein de leur famille.

Au sein de la parenté directe (parents), le diabète est l'antécédent le plus fréquent (7,54 %, n = 12), suivi de l'hypertension artérielle (HTA) (5,03 %, n = 8). D'autres pathologies parentales diverses concernent 8,81 % des cas. Dans la fratrie, l'épilepsie est identifiée chez 1,26 % des sujets (n = 2).

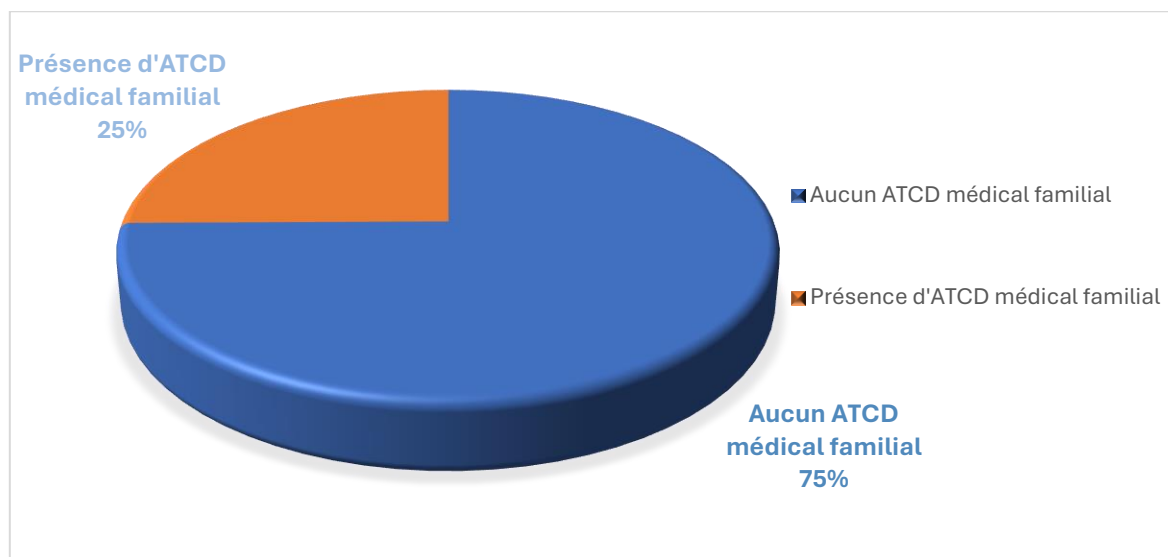


Figure 9 : Répartition des antécédents médicaux familiaux.

Tableau V : Analyse des antécédents médicaux familiaux.

Antécédents médicaux familiaux		Fréquence	Pourcentage
Aucun antécédent médical familial		119	74,84%
Les parents	Diabète	12	7,54%
	HTA	8	5,03%
	Autres	14	8,81%
La fratrie	Épilepsie	2	1,26%
	Autres	2	1,26%
Autres		2	1,26%

1.4 La répartition des antécédents médicaux personnels des adolescents :

Chez 74,21 % (n = 118) des adolescents aucun antécédent médical n'est retrouvé. Pour 25,79 % (n = 41) des adolescents nous notons la présence d'une maladie chronique.

L'épilepsie est la maladie chronique la plus représentée, touchant 8,81 % de l'échantillon (n = 14). Les autres affections incluent des maladies auto-immunes (4,40 %, n = 7), l'asthme (3,77 %, n = 6) et le diabète de type 1 (DT1) (3,77 %, n = 6). Des pathologies moins fréquentes comme l'hypothyroïdie et les néoplasies concernent chacune 1,26 % des sujets.

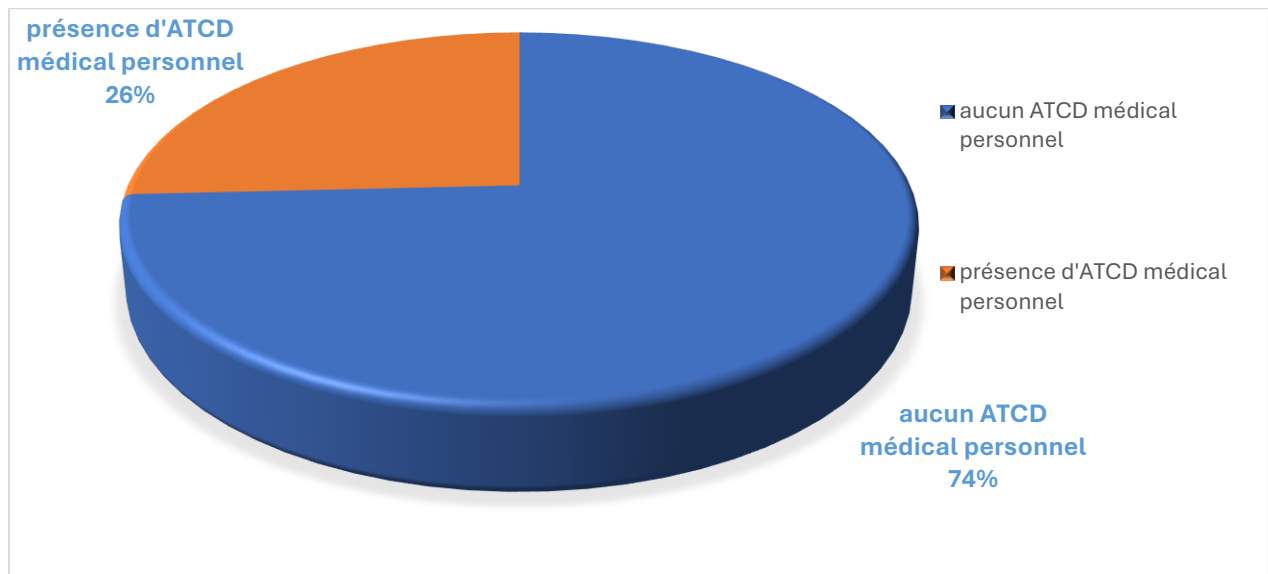


Figure 10 : Répartition des antécédents médicaux personnels des adolescents.

Tableau VI : Les antécédents médicaux personnels des adolescents.

Maladies chroniques personnelles	Fréquence	Pourcentage
Aucun antécédent médical personnel	118	74,21%
Épilepsie	14	8,81%
Asthme	6	3,77%
Diabète type 1	6	3,77%
Auto-immune	7	4,40%
Hypothyroïdie	2	1,26%
Néoplasie	2	1,26%
Autres	4	2,52%

1.5 La répartition des antécédents psychiatriques personnels :

L'analyse des données révèle qu'une **très large majorité des adolescents, soit 94,34 % (n = 150), ne présente aucun antécédent psychiatrique personnel de diagnostic antérieur ou de suivi.** En revanche, chez 5,66 % (n = 9) un antécédent de trouble psychiatrique est repéré.

La dépression est l'antécédent le plus représenté (3,14 %, n = 5), suivie par **les Troubles obsessionnels compulsifs (TOC)** (1,26 %, n = 2). **La déficience intellectuelle (DI)** et **les troubles du Spectre Autistique (TSA)** sont rapportés de manière anecdotique, concernant chacun 0,63 % de l'échantillon (n = 1).

Tableau VII : Analyse des antécédents psychiatriques personnels.

Antécédents psychiatriques personnels	Fréquence	Pourcentage
Aucun antécédent psychiatrique personnel	150	94,34%
Dépression	5	3,14%
TOC	2	1,26%
DI	1	0,63%
TSA	1	0,63%

1.6 La prévalence des tentatives de suicide antérieures.

L'analyse des antécédents suicidaires indique que la majorité des adolescents, soit 75,47 % (n = 120), n'ont jamais effectué de tentative de suicide. Toutefois, une proportion de 24,53 % (n = 39) rapporte au moins un passage à l'acte antérieur.

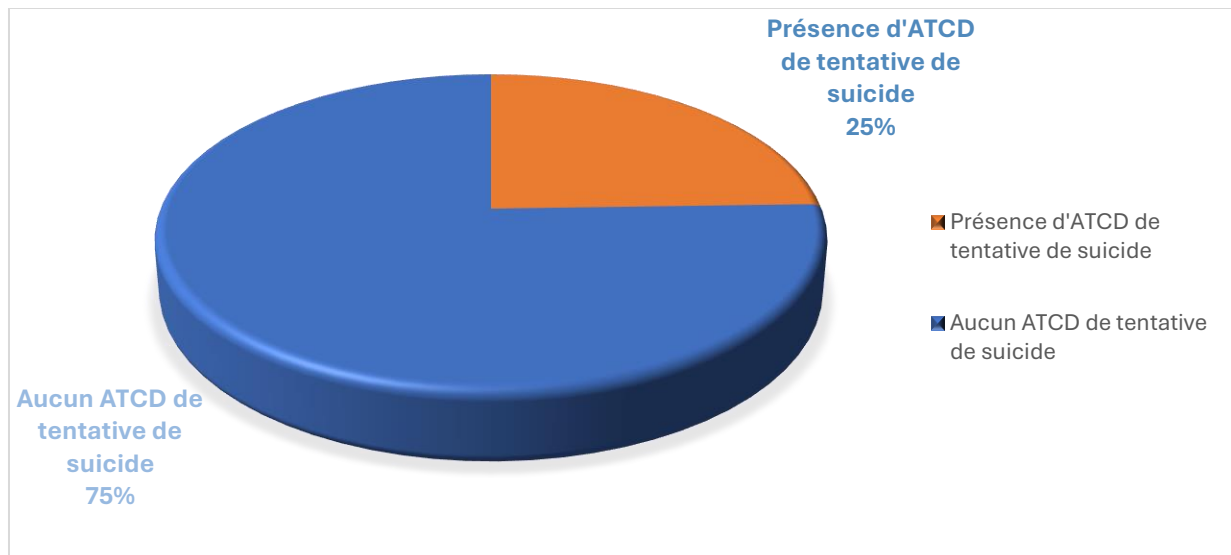


Figure 11 : Prévalence des tentatives de suicide antérieures.

1.7 La répartition des antécédents personnels d'usage de substances :

L'analyse des habitudes de consommation révèle qu'une large majorité des adolescents, soit 76,10 % (n = 121), sont des non-consommateurs. Parmi les usagers de substances, le cannabis est la substance la plus fréquemment citée avec 8,18 % (n = 13), suivie du tabac (5,66 %, n = 9) et des psychotropes (4,40 %, n = 7). Les autres substances, telles que l'alcool (2,52 %), la colle synthétique (1,89 %) et les nicopods (0,63 %), présentent des prévalences minimales au sein de cet échantillon.

Tableau VIII : Répartition des antécédents de la consommation de toxiques.

	Les non consommateurs	Tabac	Cannabis	Colle synthétique	Alcool	Autres	
						Psychotropes	Nicopods
Effectifs	121	10	13	3	4	7	1
Effectif total	159	159	159	159	159	159	159
Pourcentage	76,10%	6,29%	8,18%	1,89%	2,52%	4,40%	0,63%

2. Les facteurs de stress :

2.1. La répartition des facteurs familiaux de stress :

L'étude met en évidence une prévalence élevée de facteurs de stress au sein de la cellule familiale, puisque seulement 27,67 % (n = 44) des adolescents déclarent n'en subir aucun. La violence domestique apparaît comme le facteur de stress dominant, touchant plus de la moitié de l'échantillon (59,11 %, n = 94). Les événements de vie négatifs représentent 11,32 %, avec une prévalence de 7,54 % pour les décès dans la famille (majoritairement un parent), 1,89 % pour le divorce conflictuel des parents et 3,77 % pour autres facteurs.

Tableau IX : Analyse des facteurs de stress familiaux.

Facteurs de stress familiaux		Fréquence	Pourcentage
Absence de facteurs de stress familiaux		44	27,67%
Violence domestique		94	59,11%
Événements de vie négatifs	Décès dans la famille	12	7,55%
	Divorce conflictuel des parents	3	1,89%
	Autres	6	3,77%

2.2. La répartition des facteurs de stress environnementaux et individuels :

Près d'un tiers des participants (32,08 %, n = 51) ne présentent pas de facteurs de stress environnementaux ou individuels spécifiques. Pour les deux tiers des adolescents restants soit 67,92 % (n = 108), le harcèlement scolaire constitue le facteur de stress le plus fréquemment rapporté (28,93 %, n = 46), suivi de la maltraitance sexuelle (20,13 %, n = 32). D'autres facteurs sont mentionnés de manière minime, notamment l'exposition aux écrans (5,03 %, n = 8), le séisme (3,77 %, n = 6) et la rupture amoureuse (3,77 %, n = 6).

Les états dépressifs à l'adolescence :
Les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

Noter que parmi les facteurs de stress individuel, la présence de maladie organique chronique concerne 5,03 % des adolescents et le mariage précoce chez 1,89 % (n = 3).

Tableau X : Analyse des facteurs de stress environnementaux et individuels.

Facteurs de stress environnementaux et individuels	Fréquence	Pourcentage
Absence de facteurs de stress environnementaux et individuels	51	32,08%
Harcèlement scolaire	46	28,93%
Maltraitance sexuelle	32	20,13%
Exposition aux écrans	8	5,03%
Séisme	6	3,77%
Rupture amoureuse	6	3,77%
Autres	10	6,29%

3. La symptomatologie :

3.1. La prévalence de l'humeur irritable :

L'analyse montre qu'une très large majorité des adolescents, **soit 93,08 % (n = 148)**, **présente une humeur irritable comme symptôme principal**. Seuls 6,92 % (n = 11) ne rapportent pas ce symptôme.

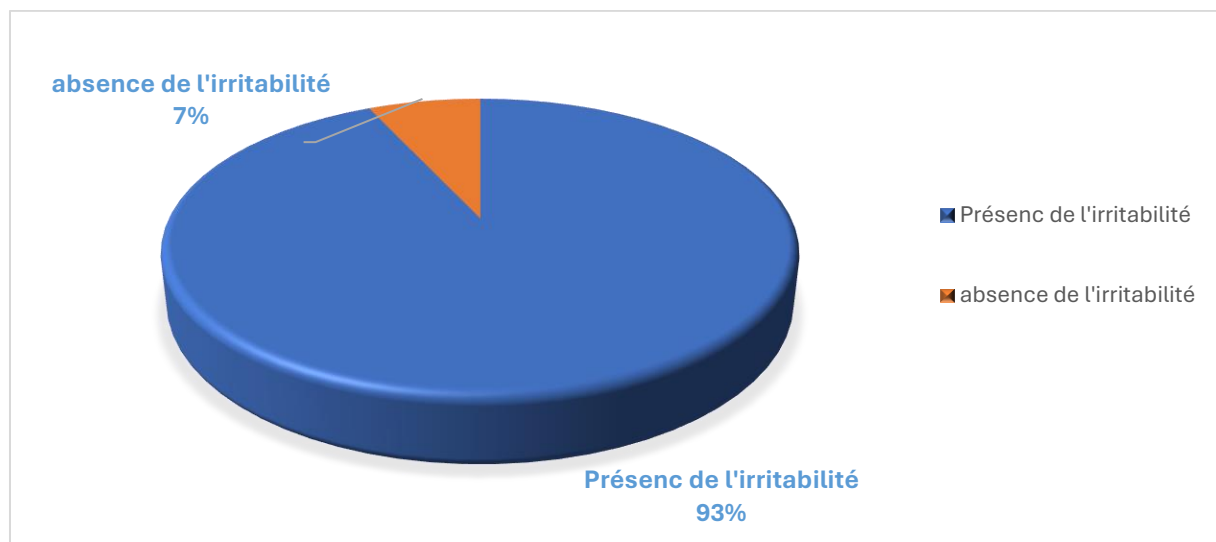


Figure 12 : Prévalence de l'humeur irritable.

3.2. L'évaluation de La perte d'intérêt et de plaisir chez les adolescents :

La perte d'intérêt et de plaisir est signalée par 84,91 % des sujets (n = 135). À l'inverse, 15,09 % (n = 24) déclarent avoir conservé leur capacité à éprouver du plaisir.

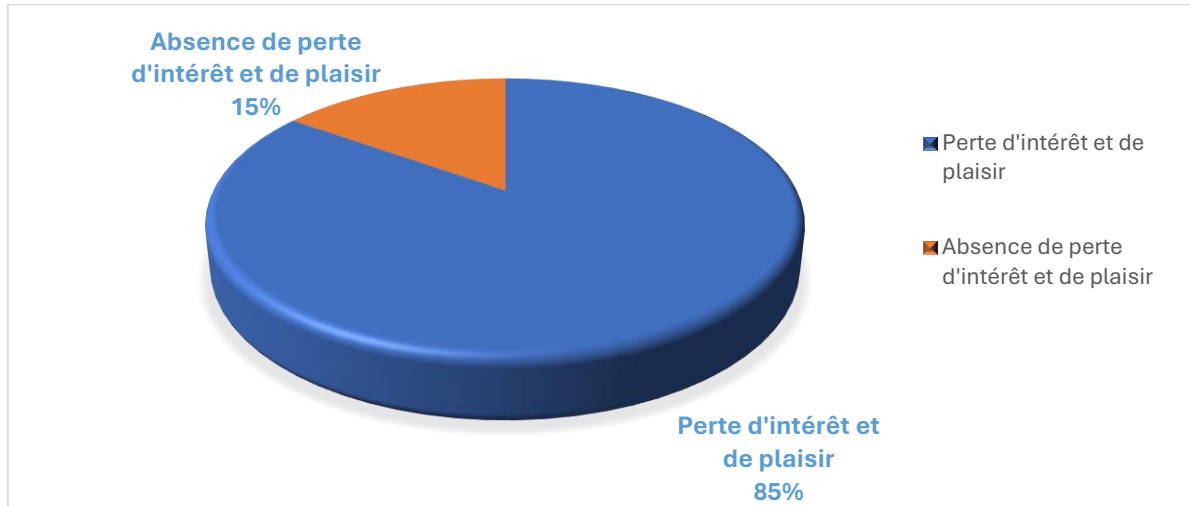


Figure 13 : Évaluation de La perte d'intérêt et de plaisir chez les adolescents.

3.3. La perception de changement de fonctionnement :

Une rupture avec l'état habituel de fonctionnement quotidien est constatée chez 76,10 % des participants (n = 121). Pour 23,90 % d'entre eux (n = 38), aucun changement notable n'a été perçu.

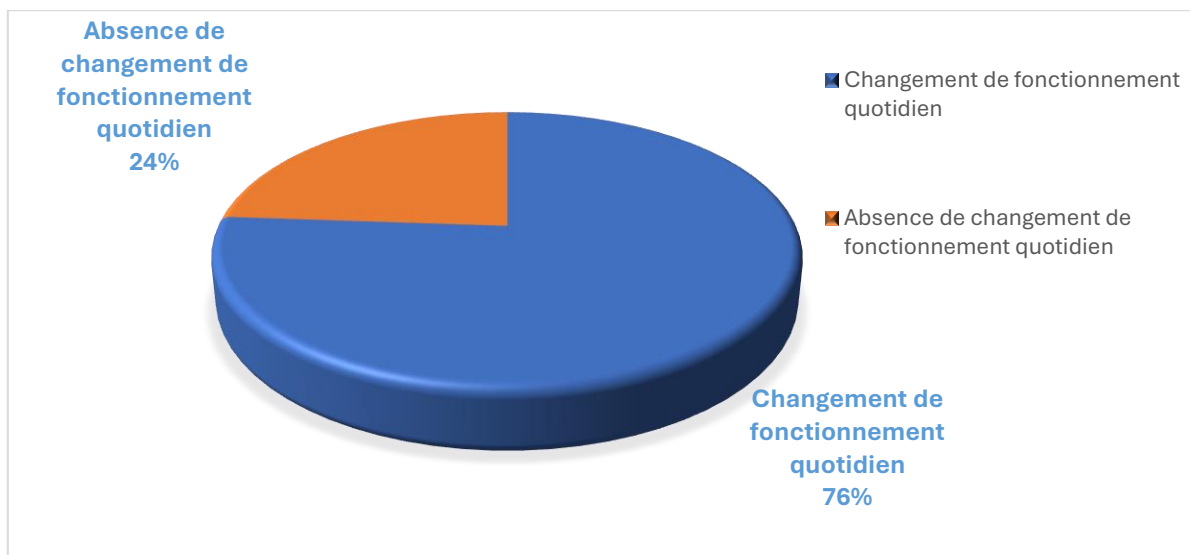


Figure 14 : Perception de changement de fonctionnement.

3.4. La présence des idées suicidaires :

Les idées suicidaires concernent 40,25 % de l'échantillon (n = 64), tandis que 59,75 % des adolescents (n = 95) ont déclaré ne pas en avoir au moment de l'étude.

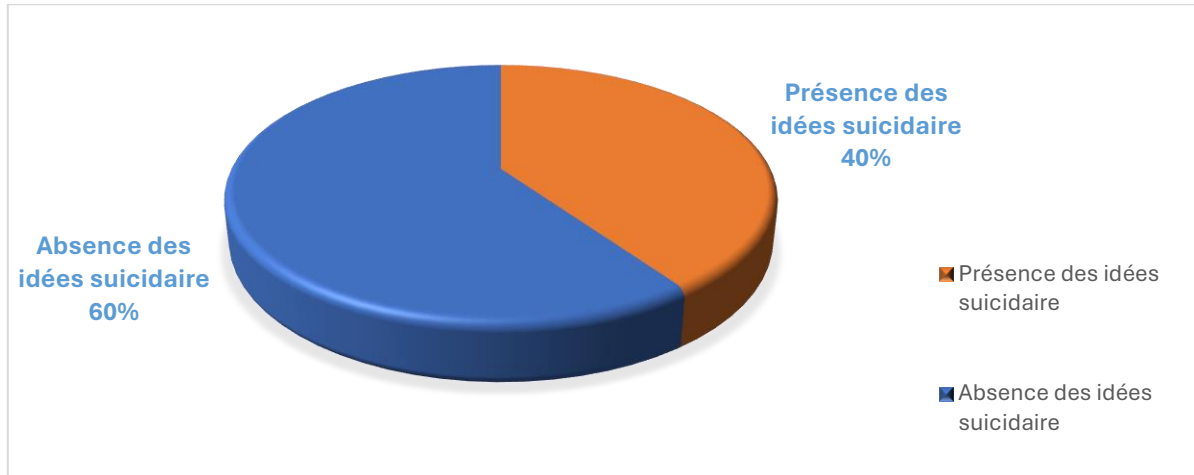


Figure 15 : Présence des idées suicidaires.

3.5. L'évaluation du risque suicidaire :

L'évaluation du risque suicidaire, réalisée sur le sous-groupe des adolescents présentant des idées suicidaires (n = 64), montre un RUD (Risque – Urgence – Dangersité) Faible chez 34,37 % des sujets (n = 22), tandis que le RUD Modéré concerne 53,13 % d'entre eux (n = 34). Un RUD Élevé est rapporté pour 12,50 % de ce groupe (n = 8).

Tableau XI : Évaluation du risque suicidaire.

Évaluation du risque suicidaire	Fréquence	Pourcentage
RUD faible	22	34,37%
RUD modéré	34	53,13%
RUD élevé	8	12,50%

3.6. La fréquence des troubles du sommeil :

Les troubles du sommeil sont fréquents, touchant 63,52 % des adolescents (n = 101). Les 36,48 % restants (n = 58) rapportent un sommeil préservé.

L'insomnie est le trouble prédominant, affectant près de la moitié de l'échantillon, soit 47,80 % (n = 76). L'hypersomnie concerne 8,81 % des sujets (n = 14) et les parasomnies sont

identifiées chez 6,28 % d'entre eux (n = 10). Seuls 37,11 % des adolescents (n = 59) conservent un sommeil jugé normal.

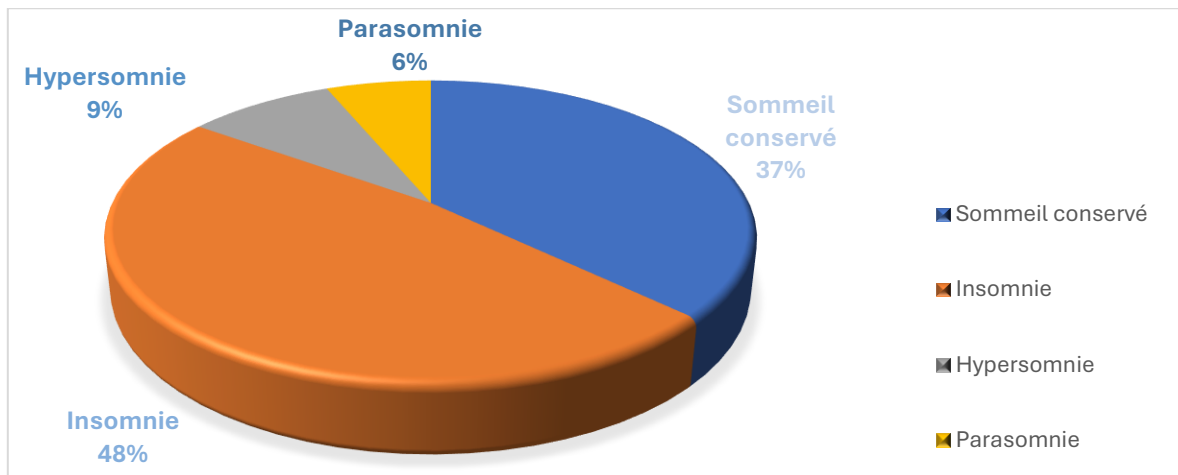


Figure 16 : Fréquence des troubles du sommeil.

3.7. La prévalence des troubles alimentaires :

L'analyse des habitudes alimentaires révèle qu'une proportion importante de l'échantillon, soit 42,77 % (n = 68), présente des troubles alimentaires. La majorité des adolescents, représentant 57,23 % (n = 91), ne rapporte toutefois pas de troubles de cette nature.

L'anorexie est la pathologie la plus prédominante, touchant 35,22 % de l'échantillon total (n = 56). L'hyperphagie représente le second groupe avec 5,66 % (n = 9). Les autres manifestations cliniques représentent 1,89 % (n = 3).

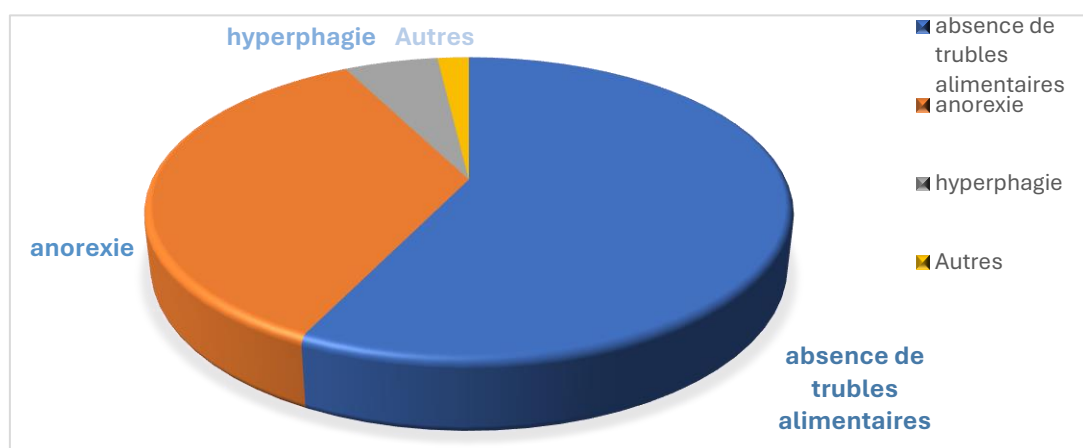


Figure 17 : Prévalence des troubles alimentaires.

3.8. La prévalence de l'asthénie chez les adolescents :

L'analyse indique qu'une majorité d'adolescents, soit **54,72 % (n = 87)**, souffre d'**asthénie**. Pour les 45,28 % restants (n = 72), ce symptôme n'a pas été rapporté.

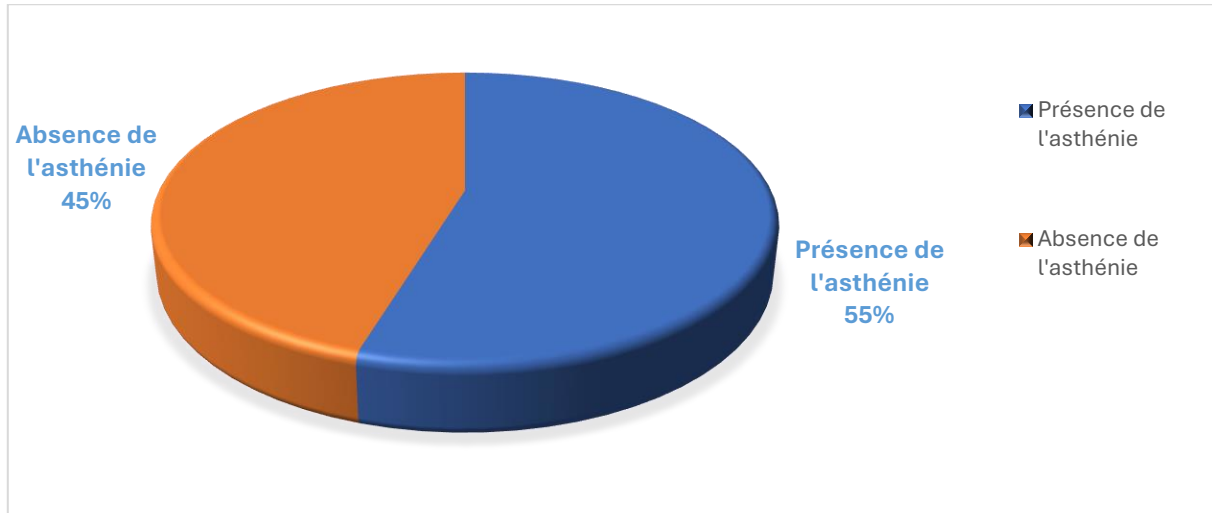


Figure 18 : Prévalence de l'asthénie chez les adolescents.

3.9. L'évaluation du retrait et de l'isolement social :

Le retrait et l'isolement social sont un marqueur fort dans cette population, touchant **61,01 % des participants (n = 97)**. À l'inverse, 38,99 % des adolescents (n = 62) déclarent ne pas être en situation d'isolement.

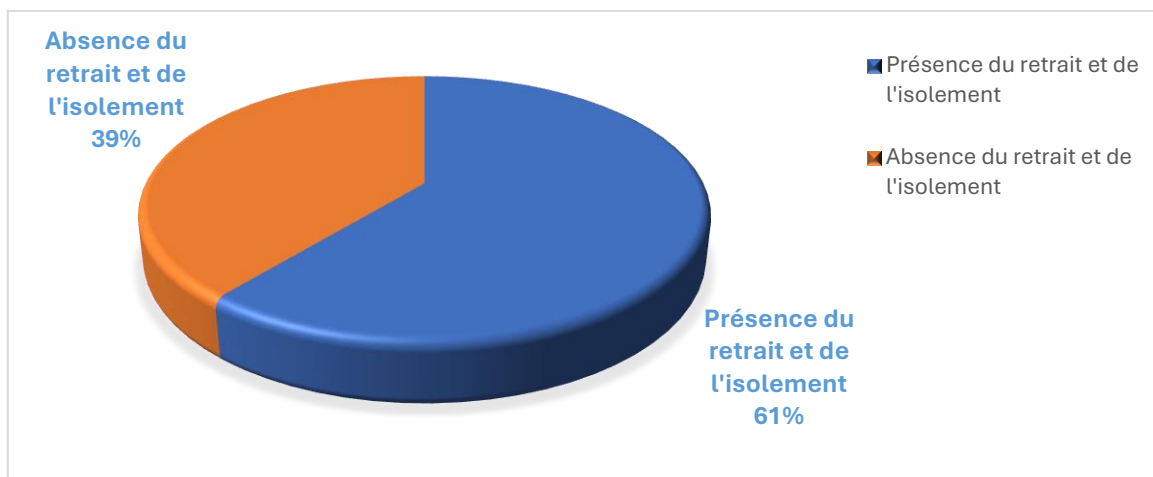


Figure 19 : Évaluation du retrait et de l'isolement social.

3.10. La présence de comportements violents et/ou à risque :

La répartition est quasi équilibrée concernant les comportements à risque : 48,43 % des adolescents (n = 77) présentent de tels comportements, tandis que 51,57 % (n = 82) en sont exempts.

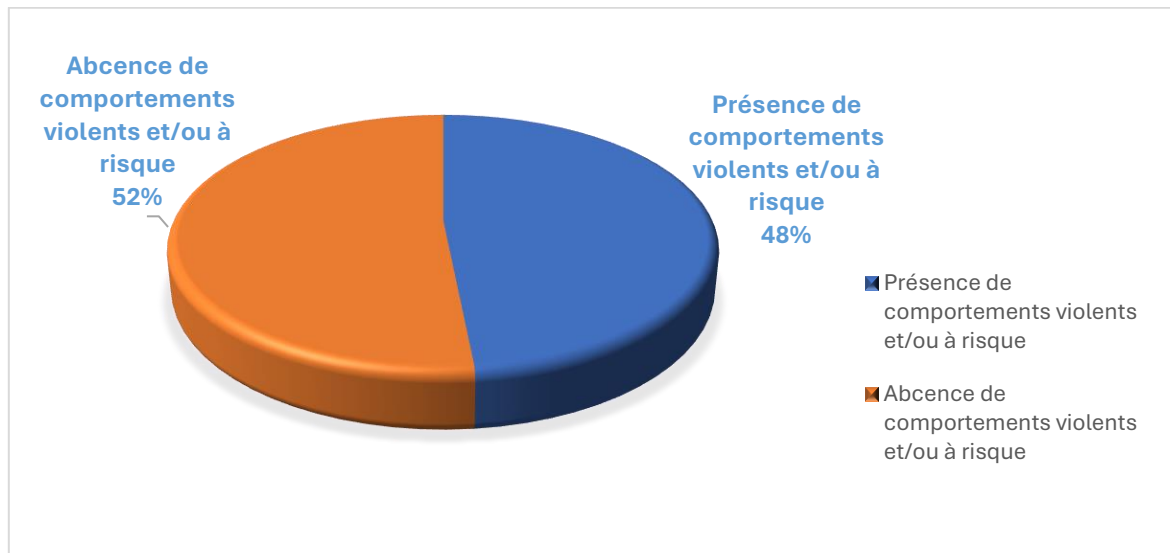


Figure 20 : Distribution des comportements à risque.

En ce qui concerne la violence, parmi les sujets présentant des manifestations cliniques, l'hétéro-agressivité associée à l'auto-agressivité est le trouble le plus fréquent, touchant 23,90 % de l'effectif (n = 38). Suivie par l'hétéro-agressivité seule avec une prévalence de 7,55 %, et l'auto-agressivité représentant 5,03 % de l'effectif.

Tableau XII : Répartition de la violence.

Violence	Fréquence	Pourcentage
Aucun	101	63,52%
Hétéro-agressivité	12	7,55%
Auto-agressivité	8	5,03%
Les deux	38	23,90%

Pour les comportements à risque, la fugue est la plus fréquente, concernant 16,98 % de l'échantillon (n = 27). L'addiction représente 3,77 % des cas (n = 6), tandis que les

comportements sexuels inappropriés (4,40%), l'obscénité (2,52%) et les autres troubles (9,43 %) restent marginaux.

Tableau XIII : Typologie des comportements à risque.

Comportements à risque	Fréquence	Pourcentage
Aucun	100	62,90%
Fugue	27	16,98%
Addiction	6	3,77%
Comportement sexuel inapproprié	7	4,40%
Obscénité	4	2,52%
Autres	15	9,43%

3.11. La prévalence des troubles sphinctériens fonctionnels :

L'analyse des troubles somatiques associés révèle que la **grande majorité des adolescents, soit 92,45 % (n = 147), ne présente aucun trouble sphinctérien**. Parmi les symptômes identifiés, l'énurésie secondaire est le trouble le plus fréquent, touchant 6,29 % de l'échantillon (n = 10). L'encoprésie concerne 1,26 % des participants (n = 2).

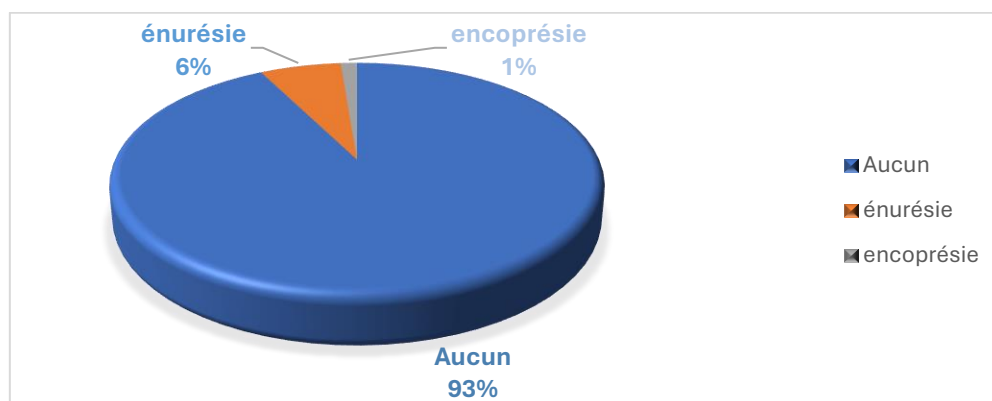


Figure 21 : Prévalence des troubles sphinctériens fonctionnels.

3.12. La prévalence et typologie des symptômes de somatisation :

L'évaluation des manifestations somatiques révèle que la majorité de l'échantillon, soit **84,90 % (n = 135), ne présente pas de symptômes de somatisation**. Pour les 15,10 % restants, l'expression physique de la souffrance psychique est variée : **les pertes de connaissance non épileptiques et les douleurs diverses** sont les signes les plus fréquents (3,77 %, n = 6), suivies

par les céphalées (3,14 %, n = 5) et les paraparésies (1,89 %, n = 3). D'autres manifestations cliniques restent moins fréquentes (2,52 %).

Tableau XIV : Prévalence et typologie des symptômes de somatisation.

Somatisation	Fréquence	Pourcentage
Absente	135	84,90%
Perte de connaissance non épileptique	6	3,77%
Douleur	6	3,77%
Paraparésie	3	1,89%
Céphalées	5	3,14%
Autres	4	2,52%

3.13. L'évaluation de la prévalence des difficultés relationnelles :

L'étude de la sphère interpersonnelle met en évidence **une forte incidence de difficulté de relation et de lien social au sein de la population étudiée**. Une majorité d'adolescents, soit **60,38 % (n = 96)**, rapporte l'existence de difficultés relationnelles significatives. À l'inverse, moins de la moitié de l'échantillon, soit **39,62 % (n = 63)**, déclare ne pas rencontrer de problèmes particuliers dans ses interactions avec autrui.

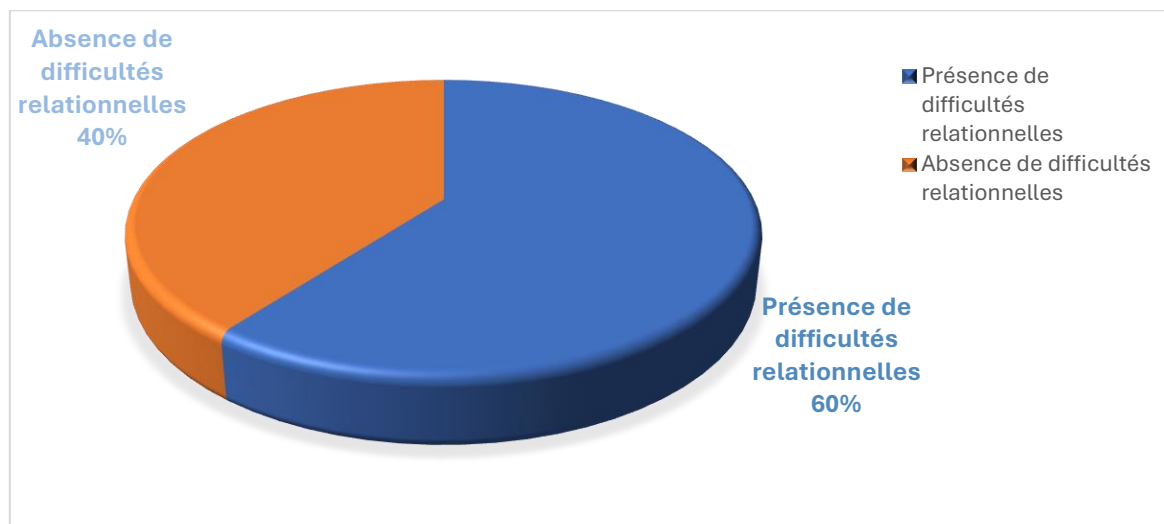


Figure 22 : Évaluation de la prévalence des difficultés relationnelles.

3.14. La répartition des styles d'attachement :

L'analyse montre une nette prédominance des styles d'attachement inséculres chez les adolescents déprimés, représentant environ 85 % des cas. Le profil anxieux/préoccupé est le plus fréquent (67,29 %), suivi du profil évitant (13,84 %). L'attachement sécuritaire demeure minoritaire, concernant près de 18,87 % de l'échantillon.

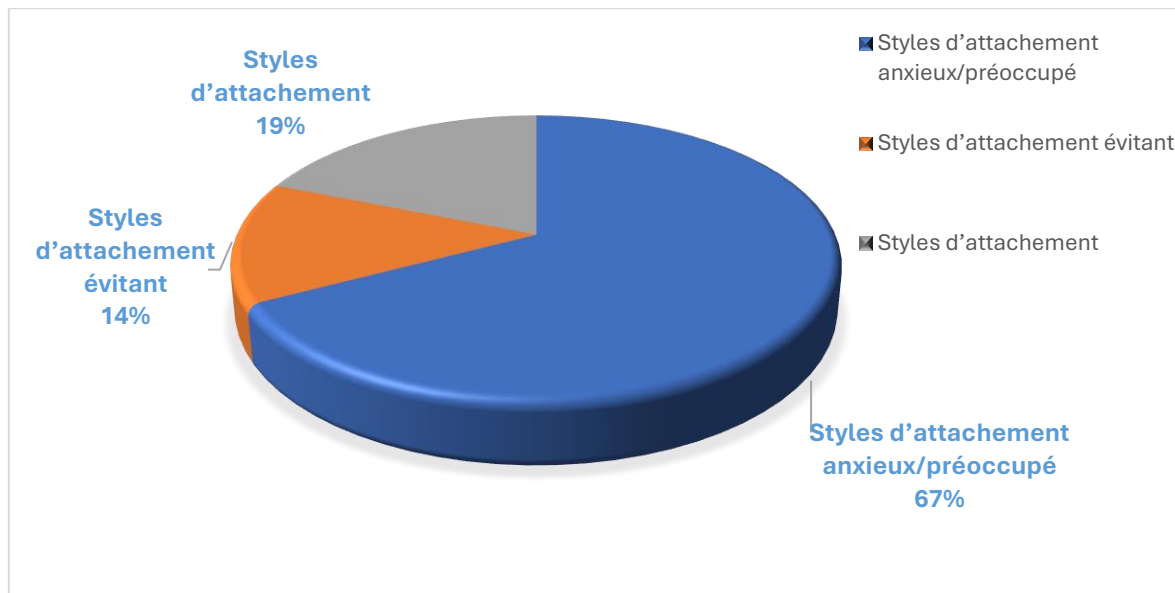


Figure 23 : Répartition des styles d'attachement.

3.15. L'analyse des comorbidités psychiatriques associées :

L'étude des comorbidités révèle que **près de 80 % des adolescents présentent au moins un trouble associé à leur épisode dépressif**. Les troubles anxieux sont la comorbidité la plus fréquente, touchant 38,36 % de l'échantillon (n = 61). Le **risque de suicide** constitue la deuxième comorbidité majeure, identifié chez 24,53 % des sujets (n = 39). L'État de Stress Post-Traumatique (ESPT) et les troubles des apprentissages concernent chacun 6,29 % des participants (n = 10). Enfin, les TOC (1,89 %) et la structuration de personnalité borderline (1,26 %) complètent le tableau clinique des comorbidités.

Tableau XV : Analyse des comorbidités psychiatriques associées.

Les comorbidités	Fréquence	Pourcentage
Aucune	34	21,38%
Troubles anxieux	61	38,36%
Suicidalité	39	24,53%
ESPT	10	6,29%
Trouble des apprentissages	10	6,29%
TOC	3	1,89%
Structuration de personnalité borderline	2	1,26%

3.16. Les types cliniques de la dépression :

L'analyse diagnostique révèle **une nette prédominance de l'Épisode Dépressif Majeur (EDM) aigu, qui concerne 84,28 % des adolescents (n = 134). Les formes de dépression chronique touchent 15,72 % de l'échantillon (n = 25).**

Tableau XVI : Type clinique de la dépression.

Diagnostic	Fréquence	Pourcentage
EDM aigu	134	84,28%
Dépression chronique	25	15,72%

3.17. La répartition des adolescents selon l'intensité de l'épisode dépressif :

L'évaluation de la sévérité clinique montre que près de la moitié de l'échantillon, soit 45,91 % (n = 73), souffre d'un épisode dépressif d'intensité modérée. Les formes légères concernent 37,74 % des adolescents (n = 60), tandis que les épisodes sévères représentent 16,35 % des cas (n = 26).

Les états dépressifs à l'adolescence :
Les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

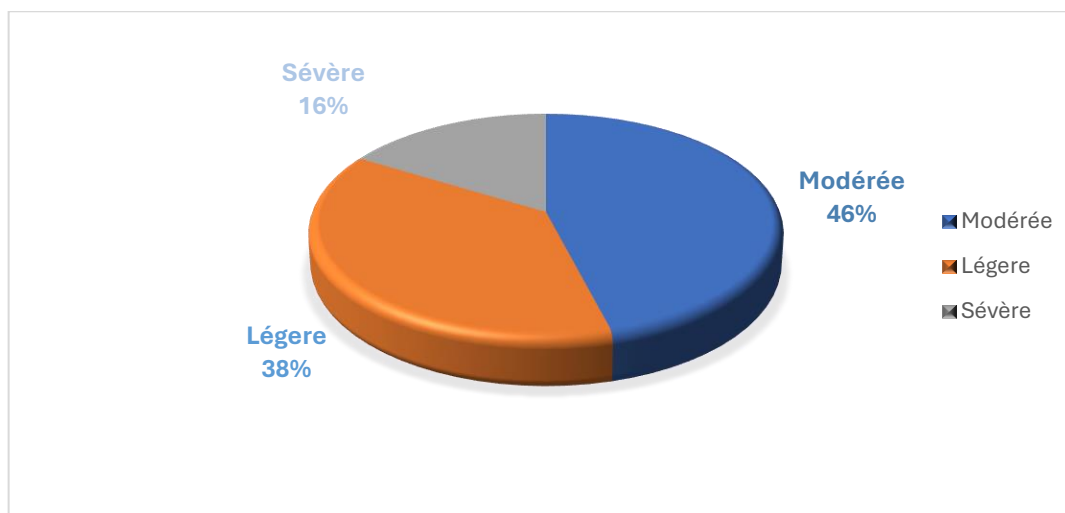


Figure 24 : Répartition des adolescents selon l'intensité de l'épisode dépressif.

Le tableau suivant résume les données cliniques des patients :

Tableau XVII : Les données cliniques des patients.

Les données cliniques		Fréquence	Pourcentage
Les antécédents familiaux psychiatriques	Aucun	99	62,26%
	Dépression chez la mère	29	18,24%
	Trouble anxieux chez la mère	10	6,28%
	Trouble bipolaire chez la mère	2	1,26%
	Tentative de suicide chez la mère	0	0%
	Dépression chez le père	3	1,89%
	Trouble anxieux chez le père	1	0,63%
	Trouble bipolaire chez le père	1	0,63%
	Tentative de suicide chez le père	1	0,63%
Les antécédents familiaux d'usage de substances	Aucun	143	89,94%
	Chez les parents	10	6,28%
	Fratrie	4	2,52%
	Autres	2	1,26%
Les antécédents médicaux familiaux	Aucun	119	74,84%
	Diabète chez les parents	12	7,54%
	HTA chez les parents	8	5,03%
	Autres	14	8,81%
	Épilepsie chez les frères	2	1,26%

Les états dépressifs à l'adolescence :

Les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

	Autres chez les frères	2	1,26%
Les antécédents médicaux personnels	Aucun	118	74,21%
	Épilepsie	14	8,81%
	Asthme	6	3,77%
	Diabète type 1	6	3,77%
	Maladie auto-immune	7	4,40%
	Hypothyroïdie	2	1,26%
	Néoplasie	2	1,26%
	Autres	4	2,52%
Les antécédents psychiatriques personnels	Aucun	150	94,34%
	Dépression	5	3,14%
	TOC	2	1,26%
	DI	1	0,63%
	TSA	1	0,63%
Les tentatives de suicide antérieures	Aucune	120	75,47%
	Présentes	39	24,53%
Les antécédents personnels d'usage de substances	Les non consommateurs	121	76,10%
	Tabac	10	6,29%
	Cannabis	13	8,18%
	Colle synthétique	3	1,89%
	Alcool	4	2,52%
Les facteurs familiaux de stress	Aucun	44	27,67%
	Violence domestique	94	59,12%
	Décès dans la famille	12	7,55%
	Divorce conflictuel des parents	3	1,89%
	Autres	6	3,77%
Les facteurs de stress environnementaux et individuels	Aucun	51	32,08%
	Harcèlement scolaire	46	28,93%
	Maltraitance sexuelle	32	20,13%
	Exposition aux écrans	8	5,03%
	Séisme	6	3,77%
	Rupture amoureuse	6	3,77%
	Autres	10	6,29%
L'humeur irritable	Absente	11	6,92%

Les états dépressifs à l'adolescence :

Les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

	Présente	148	93,08%
La perte d'intérêt et de plaisir	Absente	24	15,09%
	Présente	135	84,91%
Le changement de fonctionnement quotidien	Absente	38	23,90%
	Présente	121	76,10%
Les idées suicidaires	Absente	95	59,75%
	Présente	64	40,25%
Évaluation du risque suicidaire	RUD faible	22	34,37%
	RUD modéré	34	53,13%
	RUD élevé	8	12,5%
Les troubles du sommeil	Aucun	58	36,48%
	Insomnie	76	47,80%
	Hypersomnie	14	8,81%
	Parasomnies	10	6,28%
Les troubles alimentaires	Aucun	91	57,23%
	Anorexie	56	35,22%
	Hyperphagie	9	5,66%
	Autres	3	1,89%
L'asthénie	Absente	72	45,28%
	Présente	87	54,72%
Le retrait et l'isolement	Absente	62	38,99%
	Présente	97	61,01%
Violence	Absente	101	63,52%
	Hétéro-agressivité	12	7,55%
	Auto-agressivité	8	5,03%
	Les deux	38	23,90%
Les comportements à risque	Aucun	100	62,90%
	Fugue	27	16,98%
	Addiction	6	3,77%
	Comportement sexuel inapproprié	7	4,40%
	Obscénité	4	2,52%
	Autres	15	9,43%
	Aucun	147	92,45%

Les états dépressifs à l'adolescence :

Les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

Les troubles sphinctériens fonctionnels	Énurésie secondaire	10	6,29%
	Encoprésie	2	1,26%
Les manifestations somatiques	Absente	135	84,90%
	Perte de connaissance non épileptique	6	3,77%
	Douleur	6	3,77%
	Céphalées	3	1,89%
	Paraparésie	5	3,14%
	Autres	4	2,52%
Les difficultés relationnelles	Absente	63	39,62%
	Présente	96	60,38%
Les comorbidités psychiatriques associées	Aucune	34	21,38%
	Troubles anxieux	61	38,36%
	Suicidalité	39	24,53%
	ESPT	10	6,29%
	Troubles des apprentissages	10	6,29%
	TOC	3	1,89%
	Structuration de personnalité borderline	2	1,26%
Type clinique de la dépression	EDM aigu	134	84,28%
	Dépression chronique	25	15,72%
L'intensité de l'épisode dépressif	Légère	60	37,74%
	Modérée	73	45,91%
	Sévère	26	16,35%

III. Données thérapeutiques :

1. L'analyse des modalités de prise en charge médicamenteuse :

L'étude thérapeutique montre que 39,62 % des patients (n = 63) ne reçoivent aucun traitement médicamenteux au moment de l'étude. Environ **60,38 % des adolescents bénéficient d'une prescription médicamenteuse dans le cadre de leur suivi.**

La Fluoxétine est l'antidépresseur le plus prescrit, concernant 85,42 % de l'échantillon (n = 82), suivie par la Sertraline (7,30 %, n = 7), les antihistaminiques (5,20 %) et la Risperidone (2,08 %). Il est à préciser que ces pourcentages ont été calculés sur la base du nombre total d'adolescents ayant bénéficié d'un traitement médicamenteux, soit 96 patients (n = 96).

Dans certaines situations cliniques et pour une indication symptomatique, une bithérapie médicamenteuse à base de Risperidone ou d'antihistaminiques peut être associée au traitement antidépresseur de base. L'analyse de la prescription pendant le 1er mois rapporte que parmi les adolescents, 59,73 % ont bénéficié de l'association de médicaments symptomatiques pour gérer l'intensité et le retentissement des symptômes, parallèlement à l'installation progressive de l'antidépresseur.

Tableau XVIII : Analyse des modalités de prise en charge médicamenteuse.

Traitement médicamenteux		Fréquence	%
Patients n'ayant pas bénéficié d'un traitement		63	39,62%
Patients ayant bénéficié d'un traitement (n = 96)	Fluoxétine	82	85,42%
	Sertraline	7	7,30%
	Risperidone	2	2,08%
	Antihistaminiques	5	5,20%

2. Le pivot de la prise en charge est la psychothérapie :

100 % des patients de l'échantillon (n = 159) ont bénéficié d'une prise en charge **psychothérapeutique**. Cette approche s'est déclinée selon deux axes principaux : la psychothérapie de soutien, dispensée à l'ensemble de la cohorte, et la psychoéducation, visant

à renforcer l'alliance thérapeutique ainsi que la compréhension des troubles par l'adolescent et sa famille.

Par ailleurs, les patients ont également bénéficié d'approches psychodynamiques et de thérapies de groupe à travers les ateliers psychothérapeutiques, centrés sur la gestion du stress, de la crise suicidaire et les compétences psychosociales.

3. L'évaluation de l'observance au traitement :

L'évaluation de l'adhésion thérapeutique chez les patients ($n = 96$) révèle **une bonne observance chez une large majorité des adolescents, soit 80,21 % de l'échantillon ($n = 77$)**. Une mauvaise observance est constatée pour 19,79 % des sujets ($n = 19$). Ce haut niveau d'observance globale est un facteur positif pour le pronostic et la stabilisation de l'épisode dépressif au sein de cette population.

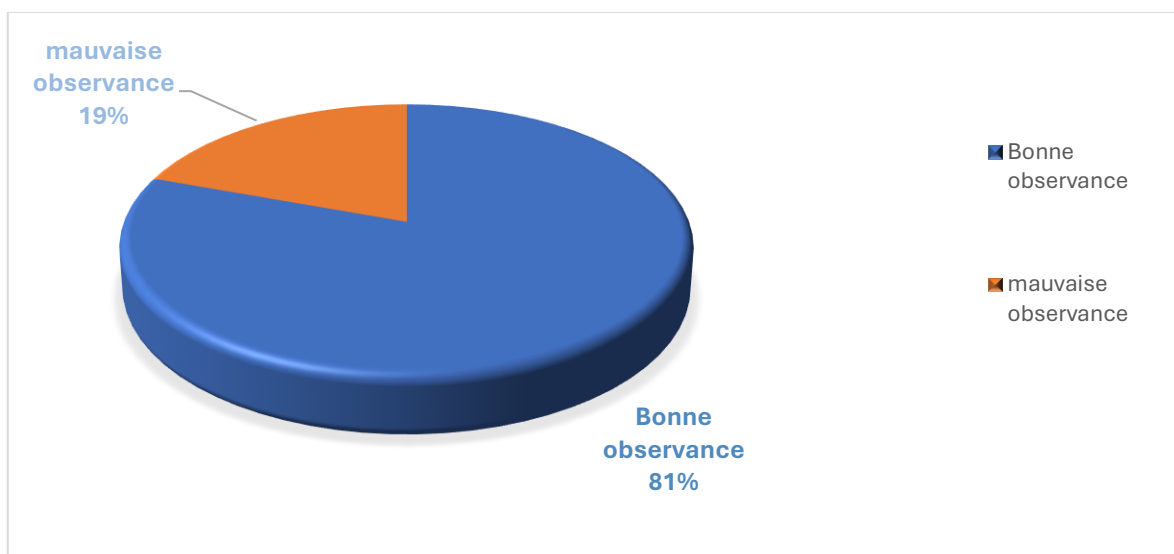


Figure 25 : Évaluation de l'observance au traitement.

4. Le profil de tolérance du traitement médicamenteux :

Une excellente tolérance globale est rapportée chez 89,58 % des adolescents ($n = 86$). Les effets indésirables sont restés épisodiques et peu sévères : la sédation est l'effet le plus

Les états dépressifs à l'adolescence :
Les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

citée (4,17 %), suivie de la prise de poids (3,13 %) et de troubles digestifs (2,08 %). Un seul cas de trouble de l'accommodation est révélé sous la Fluoxétine

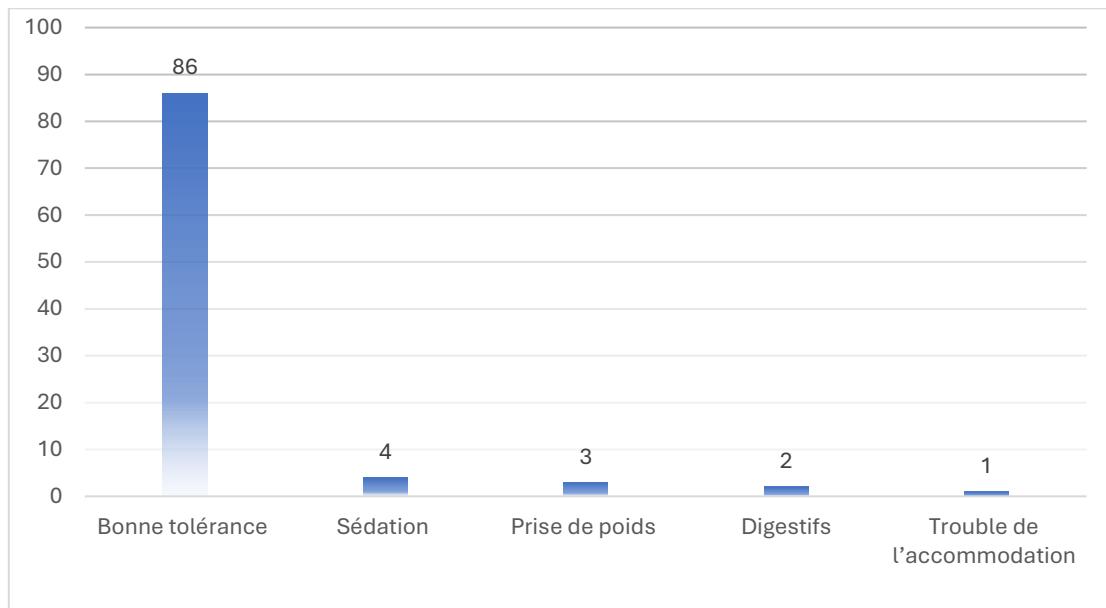


Figure 26 : Profil de tolérance du traitement médicamenteux.

5. l'incidence des épisodes suicidaires durant le suivi :

L'analyse de la sécurité clinique durant la prise en charge révèle que **la grande majorité des patients, soit 94,96 % (n = 151), n'a pas présenté d'épisode suicidaire.** Des événements suicidaires sont recensés chez 5,03 % des adolescents (n = 8) au cours de leur suivi.

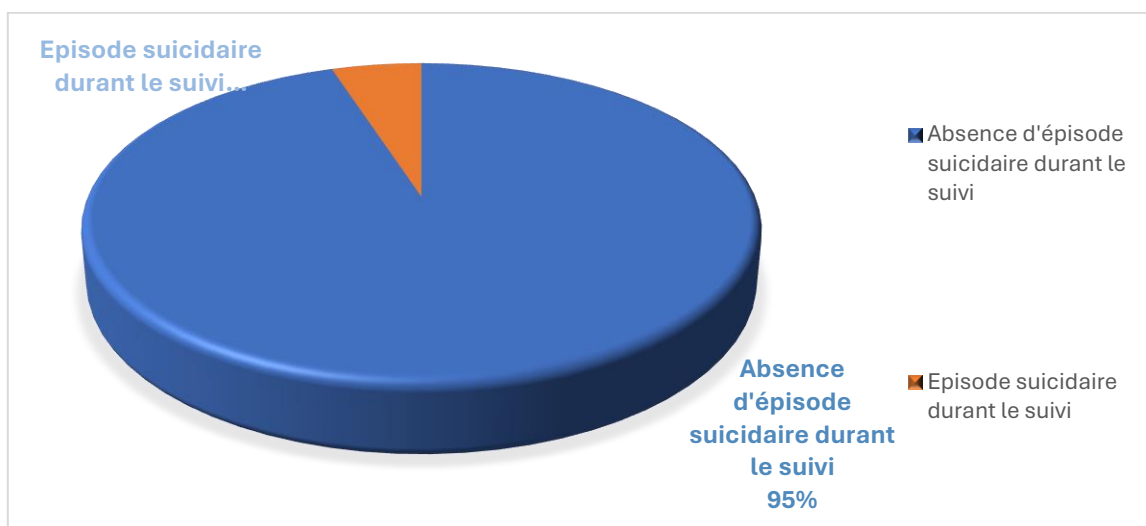


Figure 27 : Incidence des épisodes suicidaires durant le suivi.

6. L'évaluation du devenir clinique et de l'issue thérapeutique :

L'issue de la prise en charge est marquée par un taux de rémission atteignant 81,13 % de l'échantillon (n = 129). Les sorties d'étude pour perte de vue concernent 13,84 % des sujets (n = 22). Tandis que 5,03 % (n = 8) ont présenté une aggravation des signes fonctionnels au cours du suivi ambulatoire, nécessitant une hospitalisation.

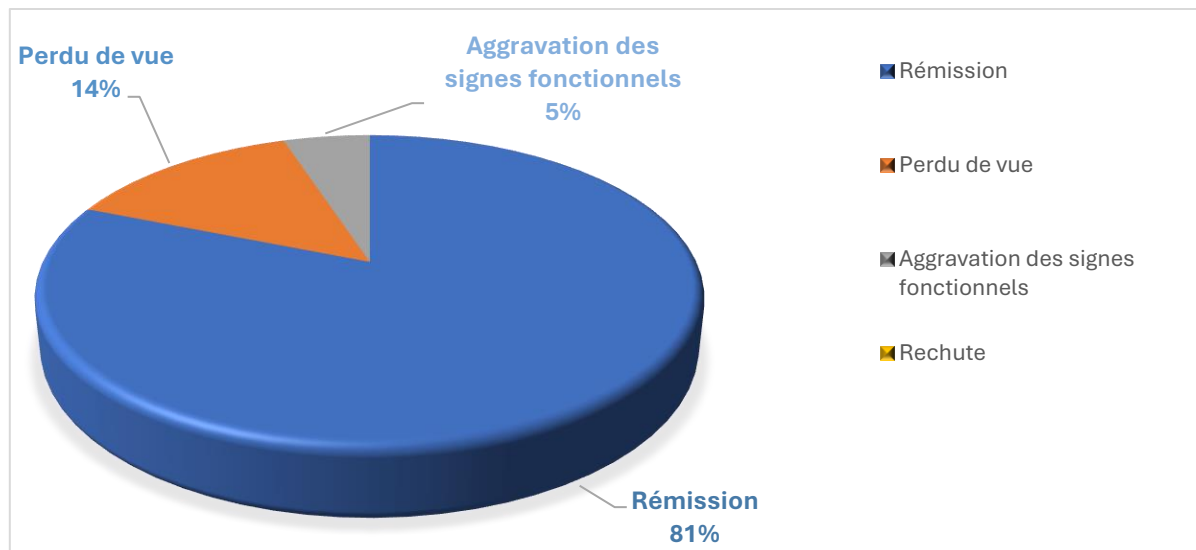


Figure 28 : Évaluation du devenir clinique et de l'issue thérapeutique.

7. La durée du suivi clinique :

82,39 % (n = 131) des adolescents a bénéficié d'un suivi d'une durée moyenne comprise entre 9 et 12 mois. Pour 11,32 % des sujets (n = 18), le suivi s'est prolongé au-delà de 12 mois, tandis que 6,29 % (n = 10) ont été suivis sur une période plus courte de 6 à 9 mois.

Les états dépressifs à l'adolescence :
Les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

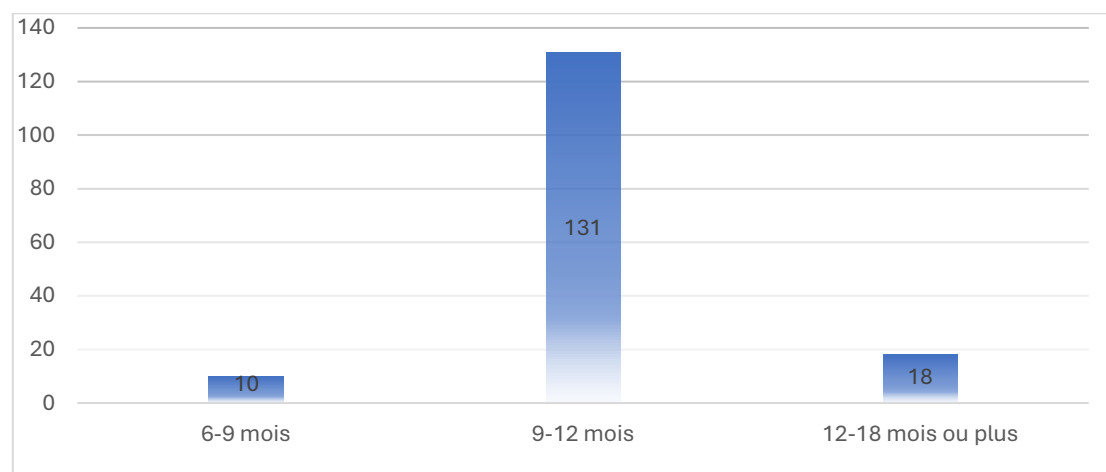


Figure 29 : La durée du suivi clinique.

Le tableau suivant résume les données thérapeutiques des patients :

Tableau XIX : les données thérapeutiques des patients

Les données thérapeutiques		Fréquence	Le pourcentage
Les modalités de prise en charge médicamenteuses	Patients n'ayant pas bénéficié d'un traitement	63	39,62%
	Fluoxétine	82	85,42%
	Sertraline	7	7,30%
	Risperidone	2	2,08%
	Antihistaminique	5	5,20%
La psychothérapie		159	100%
L'observance au traitement (n = 96)	Bonne observance	77	80,21%
	Mauvaise observance	19	19,79%
La tolérance du traitement (n = 96)	Bonne tolérance	86	89,58%
	Sédation	4	4,17%
	Prise de poids	3	3,13%
	Troubles digestifs	2	2,08%
	Troubles de l'accommodation	1	1,04%
Les épisodes suicidaires Durant le suivi	Absente	151	94,96%
	Présente	8	5,03%
Le devenir clinique et de l'issue thérapeutique	Rémission	129	81,13 %
	Perte de vue	22	13,84 %
	Aggravation des signes fonctionnels nécessitant une hospitalisation.	8	5,03 %
	Rechute	0	0%
La durée du suivi clinique	Entre 6-9 mois	10	6,29%
	Entre 9-12 mois	131	82,39%
	Entre 12-18 mois	18	11,32



DISCUSSION



I. Généralités :

La dépression est un trouble de l'humeur caractérisé par une tristesse persistante, une perte d'intérêt ou de plaisir et une altération du fonctionnement quotidien. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2022), l'adolescence correspond à la tranche d'âge de 10 à 19 ans, période marquée par d'importantes transformations biologiques, psychologiques et sociales susceptibles d'augmenter la vulnérabilité aux troubles mentaux, notamment la dépression. À l'échelle mondiale, près d'un adolescent sur sept présenterait un trouble mental, la dépression figurant parmi les principales causes de morbidité et de handicap dans cette tranche d'âge. Sur le plan historique, les états dépressifs ont été décrits depuis l'Antiquité sous le terme de « mélancolie », considérée comme un trouble de l'humeur lié à un déséquilibre des humeurs en particulier à un excès de « bile noire », selon la médecine hippocratique. Avec l'évolution de la psychiatrie moderne, les travaux d'Emil Kraepelin à la fin du XIX^e siècle ont permis de mieux définir les troubles de l'humeur, notamment en distinguant la psychose maniaco-dépressive des autres pathologies psychiatriques.

Malgré ces avancées, la dépression a longtemps été considérée comme une pathologie essentiellement adulte. La reconnaissance de la dépression chez l'enfant et l'adolescent est relativement récente dans l'histoire de la psychiatrie. Pendant une grande partie du XX^e siècle, les manifestations observées chez l'enfant étaient souvent interprétées comme des troubles du comportement ou des difficultés relationnelles. Les premières réflexions sur les états dépressifs précoces apparaissent dans la tradition psychanalytique. Sigmund Freud a décrit les mécanismes psychiques liés à la perte d'objet dans la mélancolie, ouvrant la voie à l'hypothèse de processus dépressifs précoces. Ces concepts ont été développés par Karl Abraham et Melanie Klein, qui ont souligné le rôle des relations précoces dans l'émergence d'états dépressifs.

Une étape importante dans la reconnaissance clinique de la dépression infantile a été apportée par les travaux de René Spitz dans les années 1940. En observant des nourrissons séparés de leur mère et placés en institution, il a décrit la « dépression anaclitique », caractérisée par un retrait affectif, une perte d'intérêt pour l'environnement et un ralentissement du développement. Par la suite, John Bowlby, à travers la théorie de l'attachement, a montré que les ruptures précoces du lien affectif pouvaient entraîner des réactions dépressives chez l'enfant.

À partir des années 1960 et 1970, les recherches cliniques et épidémiologiques ont confirmé l'existence de véritables troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent. Les travaux de Michael Rutter, notamment l'étude de l'Isle of Wight, ont contribué à établir l'existence et la fréquence de ces troubles. Cette reconnaissance a été consacrée par l'introduction officielle des troubles dépressifs chez l'enfant dans les classifications diagnostiques modernes, notamment avec la publication du DSM-III en 1980, qui a reconnu explicitement la dépression chez l'enfant et l'adolescent en utilisant des critères diagnostiques proches de ceux de l'adulte, tout en tenant compte de certaines particularités développementales telles que l'irritabilité.

Depuis lors, les progrès de la pédopsychiatrie ont permis de mieux caractériser la dépression à l'adolescence et d'en reconnaître les conséquences importantes sur le fonctionnement scolaire, familial et social, ainsi que son association à un risque accru de comportements suicidaires.

II. Discussion des données épidémiologiques :

1. Le profil sociodémographique des adolescents dépressifs :

1.1. La prévalence :

La prévalence de la dépression chez l'adolescent varie selon les pays et les méthodes d'évaluation. Au Maroc, les données restent limitées, mais certaines études montrent une fréquence élevée de symptômes dépressifs chez les adolescents.

Une étude scolaire réalisée dans la région de Settat a retrouvé une prévalence de symptômes dépressifs de 44,7 % (1). Par ailleurs, une étude hospitalière menée au Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd de Casablanca a rapporté une prévalence d'environ 9,4 % de troubles dépressifs chez les enfants et adolescents consultant en pédopsychiatrie (2). Ces données soulignent l'importance du dépistage et de la prise en charge précoce de la dépression chez l'adolescent. Dans la région du Maghreb, des données issues de la Tunisie rapportent également une prévalence élevée de symptômes dépressifs chez les adolescents, atteignant 75,9 % dans une étude scolaire utilisant des outils de dépistage, ce qui souligne l'importance du repérage précoce de cette symptomatologie (3).

1.2. L'âge :

L'analyse de nos données montre une population d'étude qui s'inscrit parfaitement dans la période de vulnérabilité accrue identifiée par la littérature pour l'émergence des troubles psycho-affectifs. Une population allant de 10 à 17 ans couvre en effet les phases clés de la maturation biopsychosociale de l'adolescence (4,5).

Dans ce contexte, l'analyse de nos résultats au regard des données de la littérature permet de dégager plusieurs éléments de discussion.

Notre moyenne d'âge de 13,95 ans est extrêmement proche de l'âge moyen d'apparition d'un premier épisode dépressif chez l'adolescent, estimé dans la littérature à environ 14,9 ans (6). La littérature souligne que l'adolescence est une période charnière où les taux de dépression augmentent considérablement entre 13 et 18 ans (5). Le fait que notre population commence à 10 ans est également pertinent, l'âge moyen actuel de début de la puberté est de plus en plus précoce, retenu selon l'OMS 9-10 ans, la moyenne marocaine de la puberté est de 10 ans. Autour de cet âge précoce de la puberté, nous retrouvons 13 enfants.

Par ailleurs, la distribution multimodale que nous observons, avec des pics à 14 et 16 ans, peut être interprétée à la lumière des transitions développementales. Le pic à 14 ans correspond à la période où, selon plusieurs études, la prépondérance féminine de la

dépression s'établit nettement (souvent citée entre 13 et 15 ans) (7,8). C'est une phase de vulnérabilité accrue liée aux changements hormonaux et aux défis d'autonomie (4,9).

Le pic à 16 ans (le plus important) corrobore les méta-analyses indiquant que la prévalence de la dépression augmente avec l'âge tout au long de l'adolescence, atteignant souvent un sommet ou une phase de stabilisation vers 16 ans (7,9). À cet âge, les adolescents font face à des pressions académiques et sociales plus intenses, ce qui peut expliquer cet effectif plus important dans une population clinique ou d'étude (4,7). Rappelons que l'âge d'entrée au collège est d'environ 13 ans et au lycée à 16 ans, ce qui peut engendrer des changements de statut social et scolaire.

Il convient de noter que la tranche d'âge pédiatrique reçue à l'unité ambulatoire pédopsychiatrique du CHU de Marrakech s'étale de 0 à 18ans et peut aussi englober l'âge de transition pour les suivis chroniques, ce constat relate la pertinence des deux pics cliniques à 14 ans et à 16 ans comme âge critique chez cette série pour la demande de l'aide et de soins.

Par ailleurs, la littérature confirme que le risque de dépression est plus étroitement lié à la maturation pubertaire (changements hormonaux) qu'à l'âge chronologique seul (10). Les hormones sexuelles sensibiliseraient le cerveau aux effets néfastes du stress (10), et une population en milieu ou fin de puberté présente également des modifications dans les circuits cérébraux impliqués dans la réponse à la récompense et au danger, des processus centraux dans la pathogénie de la dépression (10).

Enfin, il est important de noter dans notre discussion que l'identification d'une population si jeune a des implications pour le pronostic à long terme. Un début précoce de la dépression est souvent associé à un parcours plus long, une plus grande gravité de la maladie et un risque accru de récurrence à l'âge adulte (11,12). Environ 60 % des individus ayant vécu un épisode dépressif à l'adolescence connaîtront une récurrence entre 19 et 30 ans (12).

Ainsi, dans l'ensemble, nos résultats reflètent fidèlement la « fenêtre de risque » décrite dans la littérature internationale, où les pics d'effectifs à 14 et 16 ans marquent les étapes de cristallisation des troubles de l'humeur sous l'influence de la maturation pubertaire (9,10).

1.3. Le genre :

Nos résultats montrant une nette prédominance féminine (61 %) avec un sex-ratio de 1,56 sont en parfaite adéquation avec la littérature épidémiologique sur la dépression à l'adolescence. Cette observation s'inscrit dans la trajectoire classiquement décrite de la divergence liée au sexe à l'entrée dans l'adolescence (4,7,13).

Plusieurs mécanismes explicatifs peuvent être avancés pour comprendre cette vulnérabilité accrue, notamment la confluence de changements hormonaux et neuro-développementaux durant la transition pubertaire (14). Les filles présentent également une réactivité au stress plus élevée et sont plus susceptibles de rapporter des problématiques d'intériorisation, notamment l'anxiété et la dépression, comparativement aux garçons (4,7,15). À cet égard, la littérature souligne que si la dépression est peu commune et présente un sex-ratio équilibré avant la puberté, les taux augmentent brusquement au début de l'adolescence, s'élevant beaucoup plus fortement chez les filles que chez les garçons (4,14,16). Ce basculement mène classiquement à un ratio de deux filles pour un garçon au milieu et à la fin de l'adolescence (4,113,16).

Certaines études nationales rapportent une prévalence du trouble dépressif majeur d'environ 20 % chez les adolescentes contre seulement 6,8 % chez les garçons (11).

Par ailleurs, il est intéressant de noter que les filles présentent des taux de comorbidité dépression-anxiété significativement plus élevés que les garçons, ce qui pourrait également contribuer à leur présence majoritaire dans un recrutement clinique spécialisé (7).

Ainsi, la prédominance féminine observée dans notre échantillon de 159 sujets reflète la trajectoire épidémiologique classique de la dépression, marquée par une augmentation marquée des cas chez les filles dès le milieu de l'adolescence sous l'influence conjointe de facteurs biopsychosociaux. (4,11,16)

Il convient toutefois de souligner, dans une perspective critique, que cette prédominance féminine pourrait être partiellement influencée par un biais de recours aux soins, les adolescents consultants plus volontiers pour des troubles internalisés que les garçons, ces

derniers ayant davantage tendance à exprimer leur souffrance psychique par des conduites externalisées.

Toutefois, une nouvelle donnée statistique souligne que les pourcentages de dépression chez les garçons sont en hausse actuellement. Ce constat est relié à la reconnaissance de la souffrance psychoaffective chez les garçons et à l'inclusion statistique des formes de dépression agitée (difficulté de comportement, suicidalité, consommation, addiction et violence) (4).

1.4. Le milieu de résidence :

L'analyse de nos résultats montre que nos consultant proviennent majoritairement d'un milieu urbain (92,45 %) par rapport au milieu rural (7,55 %).

Ce résultat est expliqué par une plus grande accessibilité aux structures de soins en zone urbaine. Rappelons que l'unité ambulatoire du CHU de la ville de Marrakech se présente comme la seule structure publique spécialisée de pédopsychiatrie et qui draine la région de Marrakech El Haouz.

Nos résultats soulignent la nécessité de développer des stratégies de soins de proximité assurant une équité certaine d'accès aux soins en santé mentale.

1.5. Le niveau socio-économique des familles :

L'analyse de nos résultats montre qu'une majorité significative de nos patients (57,86 %) provient de familles à niveau socio-économique (NSE) bas. Ce qui est en accord avec la littérature qui identifie la précarité économique comme un déterminant environnemental majeur de la santé mentale à l'adolescence. Sauf que le biais de recrutement pour structure hospitalière publique comme les CHUs peut expliquer l'accès aux soins majoritairement destinés aux populations démunies ou à ressources financières limitées.

Hormis ce biais de collecte relative à la spécificité de l'offre de soins en pédopsychiatrie dans la région de Marrakech, la pauvreté est soulignée dans plusieurs études comme un facteur de risque.

Cela peut être expliqué par plusieurs mécanismes de vulnérabilité décrits dans la littérature. Un NSE bas est fréquemment associé à un environnement familial plus instable et

à un stress parental accru, ce qui limite les ressources psychologiques de l'adolescent pour faire face à ses propres conflits.(17) Par ailleurs, à l'adolescence, la comparaison sociale joue un rôle central dans la construction de l'estime de soi : le fait de vivre dans une famille à faible revenu peut générer un sentiment d'infériorité, en raison de l'impossibilité d'accéder aux mêmes standards de consommation que les pairs, altérant ainsi l'image de soi et pouvant précipiter l'émergence d'un état dépressif.(18,19)

Au-delà de son rôle étiologique, le niveau socio-économique bas influence également le pronostic et la prise en charge. La littérature souligne que les adolescents issus de milieux socio-économiques défavorisés présentent plus souvent des formes de dépression sévères, chroniques et récurrentes. (20) en raison des difficultés de mise en place d'une prise en charge adaptée et régulière.

Au total, le contexte économique difficile agit comme un multiplicateur de stress au sein de la famille, entravant la capacité des parents à fournir un soutien émotionnel stable et impactant directement l'estime de soi de l'adolescent par le biais de la comparaison sociale. (17,19)

2. L'environnement familial et vulnérabilité psychosociale :

2.1 La structure familiale :

L'analyse de nos résultats montre que la grande majorité des adolescents suivis (81,13 %) vivent au sein d'une structure familiale unie (modèle traditionnel), tandis que la structure monoparentale reste minoritaire (19 %). Ce constat invite à une discussion approfondie, car si la littérature identifie souvent la rupture familiale comme un stress majeur, elle souligne également que la qualité des interactions prime souvent sur la simple configuration du foyer.

Ainsi, bien que notre échantillon soit majoritairement issu de familles unies, la littérature rappelle que le risque de dépression ne dépend pas uniquement de la structure du foyer. En effet, des facteurs tels que la discorde familiale, le conflit parental et un climat de « contrôle sans affection » (affectionless control) sont des prédicteurs puissants de la pathologie juvénile, même en présence des deux parents (21,22).

Dans ce cadre théorique, la théorie des systèmes familiaux suggère que la famille fonctionne comme une unité émotionnelle cherchant à maintenir son homéostasie (21). Un adolescent peut ainsi percevoir une instabilité du système due à un conflit conjugal sous-jacent, ce qui génère une insécurité et des symptômes dépressifs malgré le maintien formel de l'unité familiale (21,23).

Parallèlement, nos résultats montrent que près d'un cinquième de notre population (19 %) est issue d'une famille monoparentale. La littérature confirme que le fait d'être élevé par un parent seul ou de vivre un divorce parental conflictuel constitue un facteur de stress externe significatif (24,22).

La rupture du lien familial peut entraîner une privation émotionnelle ou une confusion des rôles, augmentant la vulnérabilité psychique du jeune (23), le changement de repères sociaux, identitaires et même financiers pour l'adolescent est une donnée supplémentaire à la vulnérabilité psychiatrique.

Au-delà de la structure du foyer, le facteur déterminant reste la sécurité de l'attachement parent-enfant (23). La littérature indique que des relations caractérisées par le rejet ou l'hostilité parentale sont plus fortement corrélées à la dépression que le simple contrôle parental (23).

De ce fait, une famille unie où la communication est rompue ou où règne une insensibilité émotionnelle peut être tout aussi à risque qu'une structure éclatée (23). À l'inverse, un parent unique fournissant une base de sécurité solide peut protéger l'adolescent contre le développement de troubles de l'humeur (23).

Enfin, nos données sur la prédominance du modèle uni doivent être mises en perspective avec la santé mentale des parents. La littérature souligne que la dépression parentale (particulièrement maternelle) est l'un des facteurs de risque les plus prédictifs, augmentant par trois ou quatre le risque chez l'enfant, quelle que soit la structure familiale (24,23). Un foyer « traditionnel » où un parent souffre d'un trouble de l'humeur peut engendrer des cycles de détresse au sein du système familial (23).

En synthèse, bien que notre étude montre une prévalence nette du schéma familial traditionnel (81,13 %), ce résultat ne doit pas occulter la complexité des dynamiques internes. La discorde familiale, le conflit intra-parental, la disponibilité psychique des parents, la qualité de l'attachement ..., sont des facteurs de risque majeurs, même au sein de foyers unis. La proportion de 19 % de familles monoparentales dans notre recrutement clinique confirme néanmoins l'impact du divorce et de la séparation comme des facteurs de stress environnementaux classiques en cas de conflit non résolu. En conclusion, nos données suggèrent que la prise en charge thérapeutique, notamment via la thérapie familiale basée sur l'attachement, doit se focaliser davantage sur la restauration du lien de sécurité et la qualité de la communication que sur la simple forme structurelle de la famille (21,23).

2.2 Le statut matrimonial des parents :

Nous relatons une forte prépondérance des parents mariés (81,13 %), suivie par les parents divorcés (13,21 %) et veufs (5,66 %). Cette distribution, bien que suggérant une certaine stabilité structurelle, doit être mise en perspective avec la littérature qui souligne que la qualité du climat émotionnel prime souvent sur le simple statut matrimonial comme expliqué auparavant (23,22).

Dans cette continuité, le fait que plus de 80 % de nos patients vivent avec des parents mariés concorde avec certaines études cliniques, mais le maintien formel du lien conjugal n'exclut pas la présence de discorde familiale, un prédicteur majeur de la pathologie juvénile (21,23,22). La littérature précise que le conflit inter-parental et le manque de cohésion sont associés à une augmentation des symptômes dépressifs chez les adolescents, même au sein des familles unies (21,23,22,25).

Par ailleurs, nos résultats rapportent un taux de divorce de 13,21 %, ce qui confirme les données de la littérature identifiant la rupture du mariage comme un facteur de stress environnemental significatif (21,22). Le divorce est reconnu comme un événement de vie négatif capable de déclencher des épisodes dépressifs ou des troubles de l'adaptation chez l'adolescent (26,21,22). Les enfants issus de familles divorcées peuvent souffrir de difficultés

relationnelles et d'une baisse de l'estime de soi, augmentant ainsi leur vulnérabilité psychique (21,22). Rappelons que le divorce en lui-même n'est pas un facteur de risque psychiatrique mais c'est le contexte de l'éclatement de la cellule familiale, les aménagements familiaux sont autant de facteurs qui protègent les adolescents ou les exposent à l'impact pathologique d'une telle épreuve de vie.

Dans cette même logique, la recherche actuelle, notamment à travers la théorie de l'attachement, suggère que la sécurité du lien parent-enfant est le médiateur central de la dépression, indépendamment du fait que les parents soient mariés ou non (23). Une famille unie caractérisée par un « contrôle sans affection » (affectionless control) ou par une hostilité marquée est plus à risque de générer une dépression chez l'enfant qu'une structure monoparentale chaleureuse (23,22). Nos données montrent que la majorité de nos patients ont des parents mariés, mais il est probable que ces systèmes familiaux souffrent de ruptures d'attachement ou de microtraumatismes relationnels (23,27).

Enfin, il est également crucial de noter que la relation entre dynamique familiale et dépression est bidirectionnelle (23). Si des parents en conflit peuvent induire une dépression chez le jeune, les symptômes de l'adolescent (irritabilité, retrait, crises de rage) peuvent en retour déstabiliser le mariage des parents et accroître le stress parental (23,25). Ce cycle de rétroaction négative peut aggraver la sévérité du trouble et nécessite souvent une thérapie familiale basée sur l'attachement (ABFT) pour restaurer la sécurité du foyer (23).

Ainsi, en synthèse, bien que notre échantillon soit majoritairement issu de familles dont les parents sont mariés (81,13 %), la littérature souligne que le statut matrimonial n'est qu'un indicateur de surface. La littérature converge pour affirmer que la discorde intrafamiliale et la qualité de l'attachement sont des facteurs de risque plus puissants que la structure légale du foyer. La présence de 13,21 % de parents divorcés dans notre étude corrobore l'impact du divorce comme événement de vie stressant majeur. Toutefois, la prépondérance du modèle traditionnel dans notre recrutement nous invite à explorer le dysfonctionnement relationnel

interne qui, même au sein d'un mariage stable, constituent un terreau fertile pour la dépression adolescente (21,23-25).

III. Discussion des données cliniques :

1. Les antécédents familiaux et personnels :

1.1 Les antécédents psychiatriques familiaux :

L'analyse de nos résultats, montrant qu'environ 38 % de nos patients (60 sujets sur 159) présentent un antécédent psychiatrique au premier degré, confirme le rôle central de la charge familiale dans le développement de la dépression à l'adolescence (5). Bien que notre taux de sujets sans antécédents connus (62,26 %) soit plus élevé que dans certaines études cliniques spécialisées, la prépondérance de la lignée maternelle que nous observons est une constante majeure de la littérature internationale (5,7,8).

Dans cette perspective, notre constat selon lequel la dépression maternelle est l'antécédent le plus fréquent (18,24 %) concorde avec de nombreuses recherches soulignant que les enfants de mères déprimées courent un risque nettement plus élevé de développer des troubles internalisés (5,7). Cette transmission intergénérationnelle s'explique par plusieurs mécanismes identifiés dans les études :

- Facteurs génétiques : La dépression présente une héritabilité estimée entre 30 % et 40 %, et le risque est multiplié par deux à quatre chez les descendants de parents déprimés (5).
- Interaction gène-environnement : Des polymorphismes génétiques, comme ceux du gène OXTR, interagissent avec un historique maternel de dépression pour augmenter la vulnérabilité émotionnelle, particulièrement chez les filles (7).
- Mécanismes développementaux précoces : L'exposition précoce à la maladie mentale de la mère peut entraîner des carences en termes d'accordage émotionnel, de soutien et de communication, conditionnant ainsi le style d'attachement précoce et une vulnérabilité psychoaffective potentielle à l'âge de l'adolescence (5,8,9).

- Mécanismes cognitivo-comportementaux : cette vision soutient le rôle du mimétisme comportemental et du style cognitif négatif qui peut par transmission de pensées et émotions créer ainsi un conditionnement du style d'adaptation de l'enfant à l'environnement selon l'emprise de l'attitude parentale (vision négative, style de pensée pessimiste) face aux adversités de la vie.

À l'inverse, le faible taux d'antécédents paternels rapportés dans notre étude (1,89 %) est intrigant. Si la littérature confirme que les facteurs maternels et paternels contribuent de manière distincte à la dépression de l'enfant, elle souligne souvent que le conflit avec le père ou son faible investissement est un prédicteur puissant de sévérité (8). Ce faible chiffre dans nos résultats pourrait refléter une réelle différence épidémiologique ou, potentiellement, un biais de déclaration, les pères étant parfois moins impliqués dans le parcours de soin initial ou moins enclins à verbaliser leurs propres troubles de l'humeur (10).

Par ailleurs, en comparaison avec une étude rétrospective menée au Maroc (Casablanca), nos chiffres apparaissent plus modérés. Cette étude rapportait que 59,3 % des enfants et adolescents consultants présentaient un antécédent psychiatrique familial, dont 39 % de dépression parentale (11). La différence avec nos résultats (où environ 20 % des parents sont concernés) peut s'expliquer par le type de recrutement ou par une meilleure identification des troubles familiaux dans les centres de troisième niveau (12).

Enfin, la présence d'autres pathologies (troubles bipolaires, schizophrénie, tentatives de suicide) dans notre échantillon reste cliniquement cruciale. La littérature rappelle qu'un historique familial de trouble bipolaire ou de schizophrénie constitue un risque potentiel d'entrée dans la bipolarité chez un adolescent présentant un premier épisode dépressif (5,6,13). Ces antécédents, même rares, imposent une surveillance thérapeutique étroite, notamment lors de l'introduction d'antidépresseurs (6,14).

Au total, bien que plus de 60 % de nos patients n'aient pas d'antécédents psychiatriques familiaux connus, la présence d'une vulnérabilité chez près de 40 % de l'échantillon souligne le poids des facteurs héréditaires et environnementaux. La nette dominance de la lignée

maternelle (18,24 % de dépression) valide les modèles de transmission intergénérationnelle décrits par Goodman et Gotlib, où la mère joue un rôle de médiateur central dans l'équilibre émotionnel de l'adolescent. Le contraste marqué avec les antécédents paternels (1,89 %) nous invite à explorer les dynamiques relationnelles spécifiques au père ou les éventuels sous-diagnostic dans cette lignée. Enfin, la présence de pathologies sévères comme la bipolarité dans la parenté élargie constitue un signal d'alerte diagnostique pour le pronostic à long terme de nos jeunes patients (5,8,11).

1.2 Les antécédents familiaux d'usage de substances :

L'analyse de nos résultats indique que 10,06 % des adolescents de notre échantillon présentent un antécédent familial d'usage de substances, une proportion qui s'inscrit de manière nuancée par rapport aux données de la littérature clinique régionale (11). Une étude rétrospective comparable menée au Maroc (Casablanca) rapporte un taux d'antécédents familiaux d'usage de substances de 16,3 %, suggérant que notre recrutement présente une charge toxique familiale légèrement inférieure (11).

Cet usage concerne essentiellement les parents dans un pourcentage de 6,28 %, ce qui rejoint les travaux identifiant les dysfonctionnements familiaux et les comportements atypiques des parents comme des facteurs de risque environnementaux majeurs pour la genèse de la dépression chez le jeune (5,8,13). La littérature souligne que l'exposition à la toxicomanie au sein du foyer constitue une adversité chronique capable de perturber gravement le sentiment de sécurité et la qualité de l'attachement parent-enfant, augmentant ainsi la vulnérabilité psychique de l'adolescent (9,13).

Dans cette perspective clinique, bien que la vaste majorité de nos patients ne présentent pas cet antécédent (89,94 %), l'identification des 10 % restants est cruciale car la comorbidité entre dépression et abus de substances est l'une des plus fréquentes à cet âge (6,7,16). La présence de troubles liés aux substances dans l'entourage immédiat aggrave le pronostic du trouble dépressif, réduit la probabilité d'une réponse complète au traitement et augmente significativement le risque de suicide et expose également à un risque accru d'usage

plus facile de substances soit dans le cadre d'une automédication des symptômes de la dépression, soit dans le cadre d'une tentative d'identification pathologique aux imagos parentaux (6,15).

Par ailleurs, dans une lecture plus développementale, nos résultats montrant une marginalité de la toxicomanie chez la fratrie (2,52 %) peuvent être mis en perspective avec le fait que les adolescents souffrant de dépression sont eux-mêmes plus à risque de développer des comportements addictifs (tabac, alcool, cannabis) comme tentative mal ajustée de réguler leur douleur émotionnelle (26,28). Enfin, dans une approche différenciée selon le sexe, il est important de noter que le genre peut influencer cette dynamique, les garçons étant statistiquement plus enclins que les filles à recourir aux substances psychoactives dans le cadre d'un épisode dépressif (13,29,30). Quoique les études d'addictologie menées à l'adolescence montrent aujourd'hui une réduction progressive de l'écart entre les sexes concernant l'usage de substances psychoactives. Si les garçons demeurent globalement plus consommateurs de certaines drogues illicites, plusieurs études rapportent que les filles présentent des taux comparables, voire supérieurs, pour certains produits tels que l'alcool ou les médicaments psychotropes détournés de leur usage thérapeutique. Ces données suggèrent une évolution des comportements de consommation et soulignent la nécessité de prendre en compte les spécificités liées au genre dans les stratégies de prévention et de prise en charge (31).

1.3 Les antécédents médicaux familiaux :

L'analyse de nos résultats montre que 25,15 % des adolescents présentent des antécédents médicaux familiaux notables, une donnée en adéquation avec les 22,4 % rapportés par l'étude marocaine de El Hormi et al. (2024) dans une étude rétrospective similaire menée auprès d'une population pédopsychiatrique (11). Bien qu'une large majorité (74,84 %) ne rapporte aucune pathologie, la présence de maladies chroniques dans l'environnement familial est reconnue comme un facteur de risque environnemental et biologique significatif pour la genèse de la dépression à l'adolescence (9,32).

Dans ce contexte, le diabète, retrouvé chez 7,54 % des parents de notre échantillon, est spécifiquement identifié dans la littérature comme une condition médicale liée au développement et au maintien de la symptomatologie dépressive chez le jeune (6). La littérature confirme que les adolescents vivant avec des maladies chroniques ou ayant une charge familiale de maladies métaboliques ou inflammatoires présentent des niveaux plus élevés de symptômes dépressifs comorbides par rapport à leurs pairs en bonne santé (14).

Par ailleurs, l'existence d'antécédents de dysthyroïdies (inclus dans nos 8,81 % de pathologies diverses) revêt une importance clinique particulière, car les troubles endocriniens tels que l'hypothyroïdie peuvent mimer ou masquer un épisode dépressif caractérisé (14,33). De plus, les pathologies chroniques comme l'asthme (citées dans nos résultats) ou les maladies auto-immunes agissent comme des facteurs de stress externes constants qui fragilisent le climat émotionnel du foyer et les ressources psychologiques de l'adolescent (9,11,14).

Enfin, dans une perspective intégrative, la présence d'épilepsie dans la fratrie (1,26 %) ou chez les parents souligne la complexité neurobiologique de certains cas, les maladies neurologiques étant fréquemment associées à une augmentation de la morbidité psychiatrique et à une altération du fonctionnement global (14). Ces antécédents médicaux familiaux s'intègrent dans le modèle biopsychosocial de la dépression, où la maladie organique d'un proche peut perturber les liens d'attachement et accroître la vulnérabilité émotionnelle du sujet (9). L'ensemble de ces pathologies médicales décelées chez la famille des jeunes de notre série peuvent s'inscrire dans le registre des pathologies psychosomatiques ou le facteur psychogène (stress individuel, stress environnemental, deuil, traumatisme, conflit, adversité quotidienne ...) est un acteur central dans les adaptations organiques, cette sensibilité psychologique du parent malade est généralement transmise aux enfants. Dans l'autre sens, toute décompensation de la maladie organique engendre un stress familial supplémentaire peuvent confronter l'adolescent à la réalité de la mort et de la perte de son parent. Un élément central dans la genèse de troubles psychoaffectifs dont la dépression et l'anxiété.

1.4 Les antécédents médicaux personnels des adolescents :

L'analyse de nos résultats concernant les comorbidités somatiques montre qu'une proportion importante de notre échantillon (25,79 %) souffre de maladies chroniques, ce qui confirme que les adolescents atteints de pathologies physiques constituent une population particulièrement vulnérable au développement de troubles dépressifs (21). Ce taux, bien que relativement élevé, demeure cohérent avec les données issues d'autres études cliniques en pédopsychiatrie, notamment une étude descriptive menée au Maroc rapportant une prévalence encore plus importante, avec 37,5 % de patients déprimés présentant des antécédents de pathologies organiques chroniques (17). La littérature souligne par ailleurs que la présence d'une maladie physique chronique constitue un facteur de risque indépendant pour le développement, la persistance et la sévérité des symptômes dépressifs chez les jeunes (6,34), en lien avec le fardeau psychologique associé à la gestion au long cours de la maladie, les contraintes thérapeutiques répétées et l'impact sur l'image de soi, autant d'éléments susceptibles d'accentuer la vulnérabilité émotionnelle à l'adolescence (21). Ipso facto, un biais de recrutement est à noter. La plupart de nos patients sont adressés par les pédiatres des services des urgences pédiatriques et les spécialistes du CHU Mohammed VI, qui sont en suivi pour une maladie organique.

La répartition des pathologies observées dans notre échantillon s'inscrit pleinement dans les profils de comorbidités classiquement décrits dans la littérature. L'épilepsie, retrouvée chez 8,81 % des adolescents, constitue la pathologie la plus représentée, ce qui corrobore les données identifiant cette affection neurologique comme l'une des maladies chroniques les plus fréquemment associées à la dépression à l'adolescence (18). Une étude similaire a retrouvé un taux de 7,5 % pour cette pathologie (17). Le diabète de type 1, présent chez 3,77 % de nos patients, est également reconnu comme un facteur favorisant ou aggravant la symptomatologie dépressive (6,18), L'étude comparative de Marrakech rapporte un taux légèrement supérieur de 6 % pour le diabète et l'anémie réunis (17). De même, l'asthme, observé dans 3,77 % des cas, est également signalé comme fréquente chez les jeunes

consultant en pédopsychiatrie pour dépression, avec des taux observés de 5 % dans des échantillons (17). Enfin, bien que minoritaire dans notre échantillon, la présence d'hypothyroïdie (1,26 %) revêt une importance clinique particulière, les déséquilibres hormonaux thyroïdiens étant susceptibles d'influencer directement la régulation de l'humeur ou de mimer un tableau dépressif, soulevant ainsi des enjeux de diagnostic différentiel (21,34,18).

Sur le plan clinique, la coexistence d'une pathologie somatique chronique chez plus d'un quart de nos patients a des implications diagnostiques et pronostiques majeures. En effet, plusieurs symptômes tels que la fatigue, les troubles du sommeil ou les difficultés de concentration constituent des manifestations communes à la dépression et à de nombreuses maladies chroniques, compliquant l'évaluation clinique et pouvant retarder l'identification d'un trouble dépressif caractérisé (6,34). Par ailleurs, la littérature rapporte que les adolescents présentant une double vulnérabilité somatique et psychiatrique ont généralement un pronostic moins favorable, avec un risque accru de chronicisation, de récurrence et une altération plus marquée du fonctionnement global (6,35). Ces données renforcent l'intérêt d'une approche globale et multidisciplinaire de la prise en charge, intégrant systématiquement une évaluation psychologique dans le suivi des maladies chroniques pédiatriques, et réciproquement une exploration somatique rigoureuse dans l'évaluation des troubles psychiatriques à l'adolescence (21).

Dans cette perspective, nos résultats confirment que la dépression à l'adolescence s'inscrit fréquemment dans un contexte de vulnérabilité complexe, à l'interface entre le corps et le psychisme. La prédominance de pathologies telles que l'épilepsie et le diabète au sein de notre population valide la représentativité de notre recrutement clinique par rapport aux profils à haut risque décrits dans la littérature internationale une fois de plus, la nécessité de s'intéresser à la question de la santé mentale chez les patients porteurs de maladie somatique chronique est une priorité. Il s'agit d'intégrer systématiquement dans l'évaluation clinique de chaque omnipraticien (médecin général, médecin de famille) ou pédiatre ; les questions

concernant l'humeur, le risque suicidaire, la consommation de toxiques, la présence d'anxiété ou un changement récent du fonctionnement du jeune. Toutes ces questions permettent un dépistage précoce des éléments dépressifs chez les malades en pédiatrie. Toute de même nous soulignons la nécessité d'une approche globale, biopsychosociale, dans l'évaluation et la prise en charge de ces adolescents (6,18).

1.5 Les antécédents psychiatriques personnels :

L'analyse de nos résultats concernant les antécédents psychiatriques montre une population où l'épisode actuel est, pour une immense majorité (94,34 %), la première confrontation avec un diagnostic formel, une donnée cruciale pour comprendre la trajectoire de ces jeunes patients.

Bien que la fréquence des antécédents psychiatriques soit faible dans notre population, la présence de 3,14 % de sujets ayant déjà présenté un épisode dépressif antérieur (en bas âge) constitue un indicateur clinique important de gravité et de vulnérabilité à la chronicité (5). En effet, la littérature souligne que la dépression à début précoce se caractérise par une plus grande héritabilité, une évolution plus chronique et un risque de récurrence plus élevé que les formes débutant à l'âge adulte (5,36). Les données disponibles indiquent que la probabilité de récurrence après un premier épisode atteint 20 à 60 % dans les un à deux ans suivant la rémission, et s'élève jusqu'à 70 % à cinq ans (6,24), ce qui suggère que le fait d'observer dès l'adolescence des trajectoires récurrentes impose une vigilance particulière quant au pronostic et plaide en faveur d'une prise en charge prolongée, souvent au-delà d'une année de traitement (6).

Un autre constat est à souligner : l'implantation de l'offre de soin dans la région et la sensibilité des acteurs autour de l'âge pédiatrique (sociaux, médicaux, pédagogiques) ont permis un accès direct aux évaluations spécialisées et à la prise en charge précoce pédopsychiatrique. Ce constat nous confirme que la promotion pour la santé mentale des jeunes sensibilise ces derniers et leurs familles à consulter dès l'apparition des signes

inquiétants peuvent être répertoriés dès le premier épisode dépressif. Cet élément est central pour toute stratégie de minimisation des épisodes dépressifs à l'âge adulte.

Par ailleurs, la présence d'antécédents de TOC (1,26 %) et de troubles du neurodéveloppement (0,63 %) reflète la complexité clinique des tableaux dépressifs à l'adolescence. La littérature précise que les enfants et adolescents présentant un trouble du spectre de l'autisme sont significativement plus exposés au risque dépressif, en particulier dans les formes à haut niveau de fonctionnement (12), et que ces profils peuvent répondre différemment aux traitements usuels, avec notamment un risque accru d'effets indésirables comportementaux sous antidépresseurs (12). De même, l'association fréquente entre trouble obsessionnel compulsif et dépression à cet âge de la vie est souvent le marqueur d'une souffrance psychique plus intense et d'une évolution potentiellement plus résistante aux stratégies thérapeutiques de première intention (19).

1.6 Les antécédents personnels d'usage de substances :

L'analyse de nos résultats concernant la consommation de substances psychoactives montre un taux global de 23,9 % au sein de notre échantillon d'adolescents déprimés, ce qui corrobore la littérature décrivant l'usage de substances comme une comorbidité fréquente et majeure de la dépression à cette période de la vie (5,6). Si ces troubles sont rares chez l'enfant, ils augmentent brusquement à l'adolescence, l'épisode dépressif agissant souvent comme un facteur de risque pour le développement ultérieur de dépendances (5,6,20). Dans ce sens, notre taux de consommateurs (environ 24 %) s'inscrit précisément dans les estimations cliniques internationales qui situent cette comorbidité entre 20 % et 30 % chez les jeunes déprimés (36,23). La littérature explique que les adolescents utilisent souvent ces substances comme une tentative d'évacuer la douleur émotionnelle et de s'automédiquer contre la dysphorie, les troubles de concentration, l'asthénie et les troubles du sommeil (28,20,22). Cette stratégie de « self-medication » étant particulièrement documentée pour l'alcool et le cannabis (35).

Dans cette dynamique, le cannabis apparaît comme la substance la plus fréquemment consommée dans notre étude, avec un taux de 8,18 %, un résultat très proche de ceux retrouvés dans d'autres contextes cliniques, notamment en Grèce (10,3 %) (20) et en Ukraine (10,8 %) (28). La littérature précise que l'usage de cannabis constitue un facteur de risque pour la persistance des troubles psychiatriques et qu'il est souvent associé à une consommation problématique ou lourde plutôt qu'occasionnelle chez les sujets déprimés (6,20), ce qui confère à cette donnée une portée pronostique importante.

Parallèlement, nos résultats concernant le tabac (6,29 %) et l'alcool (2,52 %) apparaissent inférieurs aux moyennes rapportées par certaines études internationales, qui décrivent des taux de tabagisme quotidien allant de 22,1 % à 69,2 % (28,20) et des taux de consommation d'alcool de 24,5 % en Grèce ou de 27,5 % en Ukraine (28,20). Cette différence peut s'expliquer par des facteurs socioculturels spécifiques ou par le fait que l'alcoolisme est parfois davantage lié à la dépression masquée chez les garçons plus âgés, alors que notre population est plus jeune, avec une moyenne d'âge de 13,95 ans (35,25). Notons que la consommation d'alcool et du tabac reste restreinte dans le contexte marocain pour les mineurs par les facteurs socioculturels (l'interdit, le Haram, la stigmatisation) et juridiques de pénalisation de vente aux mineurs.

En outre, l'usage de psychotropes (4,40 %) et de colle synthétique (1,89 %) témoigne d'une recherche de soulagement immédiat face à la détresse psychique. La littérature note que l'utilisation de psychotropes non prescrits ou détournés constitue un indicateur de gravité clinique et de risque accru de comportements suicidaires (22,25), tandis que la présence de substances inhalées, bien que marginale, est souvent le signe d'une grande précarité ou d'un manque de ressources psychosociales (36).

Enfin, il est crucial de souligner dans notre discussion que la présence de cette comorbidité entre usage de substances et dépression constitue un facteur de mauvais pronostic (36), étant associée à une augmentation de la durée et de la sévérité des épisodes dépressifs (36,27), à un risque de suicide significativement plus élevé (36,22,37), ainsi qu'à

une moins bonne adhérence au traitement et à une réponse thérapeutique plus faible (35,27). En comparaison parallèle à la littérature, certains de nos patients ayant ce profil de consommation appartiennent à la catégorie diagnostique avec un trouble dépressif sévère, ou comorbide ayant nécessité une prise en charge plus dense.

En conclusion, nos résultats confirment que près d'un quart des adolescents suivis pour dépression recourent à des substances psychoactives, le cannabis et le tabac constituant les principales portes d'entrée. Bien que nos taux de tabac et d'alcool soient plus faibles que dans certains pays occidentaux, l'existence de ces consommations dès l'âge moyen de 13 ans impose une vigilance particulière afin de prévenir l'installation de trajectoires de dépendance à l'âge adulte.

2. Les facteurs de stress et contexte psychosocial :

L'analyse de nos résultats met en évidence une étiologie multifactorielle de la dépression à l'adolescence, où les vulnérabilités individuelles interagissent avec des stress environnementaux et familiaux chroniques (29,38). Nos données confirment que le développement de ce trouble est étroitement lié aux difficultés de vie, à la réduction de la réussite académique et à l'adversité familiale (5).

Nous rapportons que les facteurs liés à la scolarité touchent 11,32 % de notre échantillon. La dépression à l'adolescence est systématiquement associée à des résultats scolaires moindres et à un risque accru de décrochage (5,11). Les difficultés académiques, les charges de travail excessives et les relations tendues avec les enseignants sont reconnues comme des causes majeures de stress psychologique pouvant induire des symptômes dépressifs (7,39). Par ailleurs, nos résultats sur les causes liées à la maladie (5,03 %) rejoignent les données indiquant que la présence d'une maladie organique chronique (comme le diabète) constitue un facteur de risque psychosocial et biologique significatif (11,29).

Le résultat le plus marquant de notre étude est la violence domestique, qui concerne 59,11 % des sujets. La maltraitance et les dysfonctionnements familiaux (agression physique et verbale, discorde, parenting atypique) augmentent massivement le risque de développer

une dépression, multipliant parfois ce risque par 4,8 dans les cas sévères (5,40). La violence domestique est classée comme un facteur de risque non spécifique mais puissant pour la pathologie mentale juvénile (13).

Concernant les événements de vie négatifs (11,32 %), la perte d'un proche constitue un événement traumatique classique associé au premier épisode dépressif (8,41). Bien que le divorce conflictuel des parents soit peu représenté dans notre échantillon, il demeure un facteur de stress environnemental majeur capable de fragiliser l'équilibre affectif de l'adolescent (8,13,29). Le bas niveau socio-économique est également reconnu comme un déterminant important de la vulnérabilité dépressive à cet âge (5,28,29).

Notre étude identifie le harcèlement scolaire comme le facteur environnemental prédominant (28,93 %). La victimisation par les pairs est un risque majeur, souvent associé à une prolongation des symptômes dépressifs et à une augmentation du risque suicidaire (5,42). La violence sexuelle est également un facteur de risque environnemental grave fréquemment retrouvé dans les antécédents des adolescents déprimés (11,29). Le fait que la consultation universitaire de pédopsychiatrie soit intégrée dans le circuit médico-judiciaire régional de la prise en charge des enfants et des adolescents victimes d'agressions sexuelles, en collaboration avec les services de pédiatrie, de médecine légale et les autorités judiciaires ; peut constituer un biais de recrutement par rapport à la fréquence remarquable des cas d'agressions sexuelles associées à une dépression.

Quant à l'exposition aux écrans (5,03 %), elle s'inscrit dans les préoccupations de l'ère numérique : une utilisation intensive (plus de 3 heures par jour) est corrélée à une aggravation de l'humeur, à la sédentarité et à des troubles du sommeil, augmentant le risque de symptômes dépressifs (7,29).

Enfin, les ruptures amoureuses, bien que perçues comme des événements courants de l'adolescence, peuvent agir comme des facteurs déclenchants d'un épisode dépressif, et pouvant exposer au passage à l'acte suicidaire en particulier chez les sujets vulnérables (41,43).

3. L'expression clinique de la dépression chez l'adolescent :

L'analyse de la symptomatologie dans notre échantillon souligne la particularité du tableau clinique de l'adolescent, caractérisé par un grand polymorphisme où l'irritabilité et les troubles végétatifs prédominent sur la tristesse classique de l'adulte (5,11).

Le résultat le plus frappant est la prévalence massive de l'humeur irritable (93,08 %), ce qui confirme que chez le jeune, l'irritabilité remplace souvent l'humeur dépressive comme critère diagnostique central (5,6,11,13). Cette "humeur instable" ou ces "tempêtes émotionnelles" sont typiques de cette période de réorganisation émotionnelle et peuvent se manifester par une hostilité ou une agressivité envers l'entourage (16,26,38). Parallèlement, La perte d'intérêt et de plaisir (84,91 %) est identifiée comme un symptôme pivot de la dépression adolescente, souvent plus fréquente à cet âge que durant l'enfance (5,10,29).

La rupture avec l'état habituel de fonctionnement (76,1 %) rapportée dans nos résultats est un critère essentiel pour le diagnostic de trouble dépressif caractérisé (TDC) (6,32). Cette altération se traduit souvent par un déclin des performances académiques, une résistance à aller à l'école ou un retrait social massif et un abandon des activités plaisantes antérieures (6,32,40,41). La littérature souligne que ces jeunes perdent leur "drive" habituel, ce qui désorganise leur vie quotidienne et leurs interactions sociales (26,28,33).

Les troubles du sommeil concernent 63,52 % de nos sujets, un chiffre proche des données internationales estimant que plus de 70 % des adolescents déprimés en souffrent (28,44). Si l'insomnie (47,80 %) est le trouble majeur, la présence d'hypersomnie (8,81 %) est un marqueur important car elle constitue une "particularité atypique" fréquente à l'adolescence (5,6,14,16). Ces perturbations du rythme circadien ont une relation bidirectionnelle avec la dépression, aggravant mutuellement la sévérité des symptômes (5,26,44).

L'anorexie (35,22 %) est la manifestation alimentaire prédominante dans notre étude, ce qui rejoint les observations montrant que les jeunes filles sont particulièrement à risque de présenter des conduites de restriction en période dépressive (43,45). L'asthénie (54,72 %) est également un symptôme végétatif très fréquent, décrit comme une fatigue chronique

persistante ne cédant pas au repos et agissant comme un obstacle majeur à l'engagement thérapeutique (5,46).

Bien que la majorité (84,90 %) ne présente pas de somatisation, les 15,10 % restants expriment leur souffrance via le corps, principalement par des céphalées et des douleurs diverses (5,41,43,47). Ces symptômes physiques servent souvent de "masque" à la dépression, conduisant les adolescents à consulter d'abord en pédiatrie générale plutôt qu'en psychiatrie (16,28,41,43). Les cas de troubles fonctionnels (perte de connaissance, crise épileptogène, paraparésies sans explication somatique), bien que rares, témoignent de l'intensité de la détresse psychique non verbalisée (41).

La présence d'énurésie (6,29 %) et d'encoprésie reflète les phénomènes de régression comportementale parfois observés lors d'épisodes dépressifs sévères chez le jeune adolescent (28,41). Ces symptômes traduisent une perte de contrôle sphinctérien ou une immaturité émotionnelle ponctuelle induite par le trouble affectif (41,48).

En conclusion, nos résultats brossent le portrait d'une "dépression à l'adolescence" où le corps et l'irritabilité parlent plus que la tristesse, rendant le repérage clinique complexe et nécessitant une attention particulière aux signes végétatifs et somatiques (6,28,49).

4. Le risque suicidaire et comportements à risque :

L'analyse de nos résultats concernant la suicidalité et les troubles du comportement souligne la gravité fonctionnelle et le risque vital associés à la dépression à l'adolescence, rejoignant plusieurs constats de la littérature internationale.

Nos résultats montrent que 40,25 % des adolescents présentent au moment de l'évaluation des idées suicidaires sans passage à l'acte, parmi ces 40,25 % le RUD faible présente 34,37 % des cas, le RUD modéré 53,13 % et le RUD sévère 12,50 %. Par ailleurs, 24,53 % des adolescents présentent un antécédent de tentative de suicide. La littérature estime qu'environ 60 % des adolescents déprimés rapportent des idées suicidaires et qu'environ 30 % réalisent au moins une tentative de suicide (6). Au niveau national, une étude menée au service de pédopsychiatrie du CHU Ibn Rochd de Casablanca en 2025 a mis en évidence que

dans le cas EDM le risque suicidaire est accru. Parmi 86 adolescents hospitalisés pour tentative de suicide, 57 présentaient un épisode dépressif majeur (50). Ces données confirment que les idées suicidaires et les passages à l'acte constituent des marqueurs de sévérité accrue de l'épisode dépressif (5), la suicidalité pouvant être présente même dans des formes subsyndromales, ce qui impose une vigilance constante quel que soit le niveau de gravité clinique perçue (43,51). Le questionnement sur le suicide est central dans toute évaluation de la dépression.

Nous notons par ailleurs que près de la moitié de notre échantillon présente des comportements à risque, avec une fréquence élevée d'hétéro-agressivité associée à l'auto-agressivité. Ce profil clinique illustre la tendance de la dépression à l'adolescence à s'exprimer sous des formes «trompeuses par l'agitation et la dangerosité», à travers des conduites agressives, transgressives ou oppositionnelles (43), l'agressivité constituant souvent un équivalent comportemental de l'affect dépressif à cet âge (48). L'association des conduites auto- et hétéro-agressives témoigne d'une dysrégulation émotionnelle sévère, caractéristique des tableaux cliniques complexes et des formes plus graves de la dépression de l'adolescent (30).

La fugue apparaît comme le comportement le plus fréquent dans notre échantillon. Elle peut être comprise comme une modalité d'expression agie de la souffrance psychique, traduisant une tentative de fuite face à un vécu émotionnel envahissant et à un sentiment d'incompréhension ou d'impasse relationnelle (28). C'est un signe précurseur classique de la dépression à cet âge (32,41).

La consommation de substance est aussi une modalité sémiologique de l'expression de la dépression. Autant de formes trompeuses qui peuvent faire errer le diagnostic du trouble dépressif à l'adolescence ce qui impose une vigilance clinique et une évaluation pointue.

En synthèse, la prévalence élevée des idées suicidaires et des tentatives de suicide dans notre étude confirme que la population adolescente suivie en pédopsychiatrie est exposée à un risque vital important, avec des taux nettement supérieurs à ceux observés en population

générale. Cette vulnérabilité est renforcée par la fréquence des troubles externalisés, notamment l'agressivité et les fugues, qui agissent comme des formes d'expression indirecte de la détresse interne. La prédominance de ces conduites d'agir souligne la difficulté, pour une partie des adolescents, de verbaliser la souffrance psychique, et met en évidence la nécessité d'une évaluation systématique et répétée du risque suicidaire ainsi que des comorbidités comportementales afin de prévenir les évolutions défavorables (6,11,28,48).

5. Le retentissement scolaire et social :

L'analyse de nos résultats met en lumière l'impact fonctionnel sévère de la dépression sur les sphères sociale et académique, marquant une rupture nette avec le développement habituel de l'adolescent. Notre constat d'une forte incidence de l'isolement social (61,01 %) et de difficultés relationnelles (60,38 %) s'inscrit dans une tendance majeure décrite par la littérature contemporaine. Notre résultat montrant que plus de 61 % des sujets souffrent d'isolement social confirme que le retrait constitue une caractéristique fondamentale, bien que parfois qualifiée de symptôme « masqué », de la dépression à l'adolescence (28,43,52). Les données de la littérature soulignent que l'isolement social et la solitude sont des marqueurs plus spécifiques à l'adolescence qu'à l'âge adulte (32,52), certaines études rapportant même que jusqu'à 100 % des adolescents présentant des troubles du comportement dépressifs manifestent des déviations communicatives (28). Sur le plan clinique, ce retrait est souvent la conséquence d'une déconnexion émotionnelle perçue ; les adolescents évaluent leurs relations familiales comme « déconnectées » trois fois plus souvent que leurs parents (48), ce qui alimente un cercle vicieux de solitude et de manque de soutien social susceptible d'aggraver le pronostic (6).

Le taux de 10,69 % de déscolarisation observé dans notre échantillon témoigne de la gravité de l'atteinte fonctionnelle. La littérature confirme que la dépression constitue l'une des principales causes d'années vécues avec un handicap et représente une cause majeure d'absentéisme scolaire (30,40). Dans certains contextes internationaux, les taux de rupture scolaire liée à la dépression peuvent atteindre 41 % (53). Ce décrochage est directement corrélé

aux troubles de la concentration, retrouvés chez 51,7 % à 70 % des adolescents déprimés (10,11). La fatigue excessive, également prépondérante dans nos résultats précédents, laisse les jeunes « sans ressources cérébrales » pour investir l'école, transformant l'apprentissage en une corvée vécue comme insurmontable (46).

Notre étude identifie par ailleurs un fléchissement scolaire (21,38 %) et des difficultés pédagogiques (17,61 %), ainsi qu'une proportion non négligeable de troubles DYS (6,29 %). La littérature met en avant une relation bidirectionnelle complexe : les troubles d'apprentissage (DYS, TDAH) agissent comme des facteurs de risque prédisposants en générant un stress scolaire chronique, tandis que l'épisode dépressif entraîne un déclin cognitif secondaire, notamment des atteintes de la mémoire de travail et des fonctions exécutives, qui aggravent les difficultés préexistantes (14,28,54). Les adolescents en situation de fléchissement scolaire reçoivent fréquemment des retours négatifs de leur entourage, ce qui favorise l'émergence de schémas de pensées dysfonctionnelles et une diminution de l'auto-efficacité, renforçant ainsi l'état dépressif (8,55).

Enfin, la prévalence élevée de difficultés relationnelles (60,38 %) confirme que la dépression à cet âge est intrinsèquement liée à un contexte interpersonnel perturbé (51). Les adolescents déprimés se montrent plus sensibles au rejet par les pairs et aux conflits avec les figures d'autorité, telles que les parents ou les enseignants (6). Rappelons que harcèlement scolaire constitue un facteur de stress environnemental bien marqué dans notre étude.

L'irritabilité massive observée dans nos résultats (93,08 %) se traduit cliniquement par une hostilité qui fragilise les liens sociaux et favorise une dynamique d'exclusion mutuelle, renforçant le sentiment d'être « haï par les autres » (52). L'ensemble de ces éléments souligne que la dépression à l'adolescence constitue avant tout une pathologie du lien, dont les répercussions sur le fonctionnement social et académique justifient une prise en charge multimodale incluant des interventions au niveau scolaire et des approches thérapeutiques ciblant spécifiquement les difficultés interpersonnelles afin de favoriser la réintégration du jeune (28,32,52).

6. Les comorbidités psychiatriques associées :

L'analyse de nos résultats confirme un constat fondamental de la pédopsychiatrie contemporaine : dans la dépression de l'adolescent, la comorbidité est la règle plutôt que l'exception (41). Notre taux de 80 % de sujets présentant au moins un trouble associé s'inscrit parfaitement dans la fourchette de 40 % à 90 % rapportée par la littérature internationale (6). Le fait que les troubles anxieux constituent la comorbidité la plus fréquente (38,36 %) est en totale adéquation avec les données disponibles (6,43), certaines études rapportant même des taux encore plus élevés, suggérant que jusqu'à 82 % des jeunes déprimés présentent un trouble anxieux associé (56). Cette association est d'autant plus pertinente que l'anxiété précède souvent la dépression chez l'adolescent (5), et qu'elle aggrave le pronostic en augmentant la sévérité des symptômes ainsi que le risque de passage à l'acte suicidaire (56). Cette comorbidité est expliquée par le parallélisme étiopathogénique des deux troubles. L'anxiété et la dépression émanent des mêmes sources développementales, génétiques, fonctionnelles, neurobiologiques et environnementales.

Par ailleurs, avec 24,53 % de notre échantillon identifié comme étant à risque suicidaire ou ayant déjà fait une tentative, nos données reflètent la gravité de cette pathologie et confirment le caractère vital de cette dimension clinique. Ce taux rejoint les estimations de la littérature qui indiquent qu'environ 30 % des adolescents souffrant d'un trouble dépressif caractérisé font une tentative de suicide (6). Le risque apparaît particulièrement élevé chez les sujets présentant des comportements d'automutilation non suicidaires, souvent décrits comme des précurseurs de conduites suicidaires plus graves (15), ce qui confère à cette population un profil de vulnérabilité clinique majeure.

La présence de 6,29 % de cas d'état de stress post-traumatique et de troubles d'apprentissage met également en lumière le poids des facteurs environnementaux et neuro-développementaux dans la genèse et l'évolution de la dépression à l'adolescence. Les traumatismes infantiles, tels que la maltraitance ou la négligence, entretiennent un lien étroit avec l'émergence de tableaux dépressifs (57) et peuvent compliquer la réponse aux prises en charge usuelles, imposant souvent des approches thérapeutiques intégrées (6,43). Il s'agit bien d'un facteur psychopathologique de gravité (chronicité, résistance au traitement, passage à l'acte suicidaire, comorbidité, persistance à l'âge adulte). De la même manière, les troubles d'apprentissage (troubles DYS) et les difficultés pédagogiques constituent un facteur de stress chronique susceptible d'altérer durablement l'estime de soi, créant un terrain favorable à l'installation ou à la persistance de la symptomatologie dépressive (6,11).

Enfin, bien que moins fréquents dans notre étude, les troubles obsessionnels compulsifs (1,89 %) et les traits borderline (1,26 %) témoignent de la complexité diagnostique de certains tableaux cliniques. La présence de traits de personnalité pathologiques chez l'adolescent déprimé est connue pour influencer négativement l'alliance thérapeutique et le pronostic évolutif (52), tandis que les symptômes obsessionnels-compulsifs, étroitement intriqués avec l'anxiété, tendent à majorer l'intensité de la souffrance psychique et la sévérité globale du tableau dépressif (5,38).

En synthèse, la forte prévalence des comorbidités dans notre échantillon (80 %) confirme que la dépression à l'adolescence constitue un trouble multidimensionnel. La domination des troubles anxieux (38,36 %) et l'importance du risque suicidaire (24,53 %) soulignent la nécessité d'une évaluation systématique et rigoureuse de ces dimensions dès le diagnostic initial (6). La présence, bien que plus rare, de traits de personnalité borderline ou de troubles d'apprentissage suggère que certains épisodes dépressifs s'inscrivent dans des trajectoires développementales complexes, justifiant une prise en charge multimodale et individualisée afin de prévenir l'évolution vers la chronicité à l'âge adulte (5,52).

Au final, nous avons décrit un profil clinique très particulier dans la série du CHU de Marrakech. Il s'agit généralement d'un adolescent(e) à l'entrée à l'adolescence, majoritairement sans antécédents psychiatriques familiaux ni personnels qui consulte suite à une demande du médecin de la 1^{re} ligne (médecin généraliste, pédiatre) pour une irritabilité avec un retentissement social, scolaire, familial ou pour un tableau d'état dépressif majeur avec 40 % présentant des idées suicidaires et 80% une comorbidité. Notons qu'il s'agit aussi d'adolescents porteurs de maladies somatiques. Ce profil d'adolescents sans facteurs de risque bien marqués interpelle par la sévérité clinique (intensité, suicidalité, comorbidité) et l'atypicité du tableau clinique. Notre étude bien descriptive souligne qu'il faudra toujours évaluer et prendre en charge sérieusement la dépression à l'âge de l'adolescence quel que soit le symptôme, quel que soit le profil clinique et quel que soit la biographie du sujet. La dépression est l'un des troubles mentaux les plus trompeurs, les plus imprévisibles et les plus dangereux quel que soit l'âge. Un trouble qui ne doit plus être banalisé à l'âge de l'enfance et de l'adolescence.

IV. Discussion des données thérapeutiques :

1. Les principes de la prise en charge :

Prendre en charge un adolescent présentant un épisode dépressif est un défi clinique et thérapeutique. Le traitement exige une vision individualisée du sujet (adolescent), de son niveau de développement (près-pubère, pubère ou proche de l'âge adulte), des tableaux cliniques (type, sévérité de la dépression, comorbidité) et du retentissement sur l'adolescent et son entourage. Au-delà de cette vision individualisée s'impose une prise en charge globale alliant souvent des modalités médicales sociales et scolaire.

2. Les buts de la prise en charge :

Tout praticien face à un épisode dépressif à l'âge de l'adolescence se fixe un ensemble d'objectifs thérapeutiques :

- Amélioration de l'état de santé mentale du sujet (patient).

- Retour au fonctionnement opérant selon le stade de développement.
- Évitement de la rechute, de la récurrence de la dépression.
- Prévention des passages à l'acte suicidaire, à la violence ou à la complication par une comorbidité.
- L'essentiel étant que cet état dépressif ne va pas hypothéquer le développement psycho-affectif, social, relationnel, cognitive de l'adolescent à un âge critique qui conditionne le futur mental et psychologique à l'âge adulte.

3. Les modalités de prise en charge et leurs indications :

1.1 Le cadre de la prise en charge :

Nous notons que le cadre ambulatoire est celui décrit dans notre étude pour l'ensemble de nos patients (159 patients).

Cette prise en charge ambulatoire s'aligne aux recommandations internationales actuelles visant à promouvoir les prises en charge ponctuelles, de jours, sans hospitalisation pour les jeunes patients(4,58). Pour les 8 patients, l'orientation vers un service de pédopsychiatrie doté d'une unité d'hospitalisation adaptée à l'adolescent a été indiquée devant une entrée en crise suicidaire avec un RUD élevé compromettant la possibilité d'un suivi sécurisé aux consultations.

Pour les autres patients ayant présenté une crise suicidaire avec un RUD léger à moyen, nous avons opté pour le suivi ambulatoire intensif où on reçoit le patient toutes les 24-48 heures pour un suivi rapproché avec consentement éclairé du jeune et de ses parents.

1.2 L'annonce diagnostic :

L'ensemble de nos patients et leurs familles avaient déjà reçu l'annonce du diagnostic de dépression par le médecin traitant avant la mise en place de toute la prise en charge.

Cette annonce s'accompagne d'une explication détaillée et adaptée au niveau de compréhension des patients et de leurs proches. Nous veillons à préciser la définition du trouble dépressif, ses différentes formes cliniques et sa nature psychopathologique, afin de permettre une meilleure compréhension de la maladie et de ses manifestations. Les principaux

signes cliniques sont expliqués, notamment l'irritabilité, la perte d'intérêt, la fatigue, les troubles du sommeil et de l'appétit, ainsi que les difficultés de concentration et le retentissement fonctionnel. Une attention particulière est portée à l'évaluation et à l'explication du degré de sévérité de l'épisode dépressif ainsi que du risque suicidaire éventuel, afin de sensibiliser le patient et son entourage à l'importance du suivi et de la surveillance. Les différentes modalités thérapeutiques proposées au sein du service sont également présentées, incluant les approches médicamenteuses, psychothérapeutiques et les mesures de soutien, en précisant leurs objectifs et leur durée approximative. Cette démarche vise à favoriser l'adhésion au traitement, à réduire l'anxiété liée au diagnostic et à instaurer une relation de confiance entre l'équipe soignante, le patient et sa famille.

1.3 La psychoéducation :

L'ensemble de nos patients et leurs familles ont également bénéficié d'une psychoéducation au sein du service. Celle-ci visait à améliorer la compréhension du trouble dépressif, de ses manifestations et des modalités thérapeutiques proposées, tout en favorisant l'adhésion aux soins.

La psychoéducation a porté, au-delà du trouble lui-même, sur l'information relative à l'hygiène de vie, notamment un sommeil réparateur, la pratique d'une activité physique régulière et les risques liés à la sédentarité, une alimentation équilibrée, la participation à des activités parascolaires plaisantes ainsi que l'importance d'un cercle social soutenant.

1.4 La guidance parentale :

Une étape fondamentale et systématique dans l'établissement de l'alliance thérapeutique avec les parents. La guidance parentale permet l'adhésion de l'entourage et des jeunes aux prises en charge proposées. Elle permet également la déstigmatisation et la clarification des idées reçues concernant les états dépressifs, souvent banalisés par l'entourage du patient. Elle consiste en :

- La sécurisation de l'environnement.
- La gestion des émotions et du stress parental et de la fratrie.
- Le rétablissement de la communication non-violente.

- La déconstruction du tabou et de la honte.
- L'aménagement de la pression scolaire.

1.5 La psychothérapie :

Conformément aux consensus internationaux concernant les maladies mentales à l'âge pédiatrique, la psychothérapie est le premier pilier de la prise en charge des troubles psycho-affectifs dont la dépression. Elle est le pivot central spécifiquement à l'âge de l'adolescence.

Pour l'équipe universitaire de pédopsychiatrie de Marrakech et qui est d'orientation psychodynamique et développementale, Certain nombre de notre série a bénéficié de cette approche. Pour d'autres, la psychothérapie de soutien a permis une amélioration du tableau clinique sans avoir recours à une méthode plus structurée. Les séances proposées sont de nature divers mais complémentaires : des séances individuelles au thérapie de parole et des séances en groupe au niveau des différents ateliers proposés à l'hôpital du jour (gestion de stress, compétences psychosociales, gestion de crise suicidaire).

À noter que certains ont aussi bénéficié de séance de relaxation, méthode Jean Bergès plus centré sur le nouage corps-émotions.

Le rythme de séances de psychothérapie est hebdomadaire en général. Une certaine adaptation du rythme vers une séance tous les quinze jours a été nécessaire en raison d'un éloignement géographique et les difficultés financières de certain de nos malades.

1.6 Les prescriptions médicamenteuses et leurs indications :

L'analyse de nos résultats concernant la prise en charge thérapeutique de notre échantillon (60,38 % de prescription médicamenteuse, prépondérance de la Fluoxétine et 100 % de psychothérapie) démontre une adhésion rigoureuse aux standards internationaux et aux recommandations des guides de pratique clinique. Le constat selon lequel la Fluoxétine constitue la molécule la plus prescrite (42,14 %) est en parfaite adéquation avec les données de la littérature. La littérature confirme que la Fluoxétine est le seul antidépresseur approuvé par la FDA (Food and Drug Administration) pour le traitement de la dépression chez l'enfant (dès 8 ans) et l'adolescent, montrant l'efficacité la plus constante par rapport au placebo (6,7,32,51).

Aussi, au niveau européen, la Fluoxétine a obtenu depuis plusieurs années l'AMM (autorisation de mise sur le marché) comme antidépresseur de 1^{re} intention en dépression pédiatrique.

Les posologies de Fluoxétine utilisées sont conformes aux recommandations internationales. La dose initiale est généralement de 20 mg par jour, correspondant à la posologie la plus fréquemment prescrite. Chez certains patients, en fonction de la réponse clinique et de la tolérance, la dose peut être augmentée à 40 mg par jour, ce qui représente la posologie habituelle dans les formes modérées à sévères. Plus rarement, des doses allant jusqu'à 60 mg par jour peuvent être utilisées dans les tableaux les plus sévères ou résistants, sous surveillance clinique rapprochée.

L'utilisation de la Sertraline (8,81 %) et de l'Escitalopram, bien que non quantifiée dans nos chiffres mais rapportée dans nos sources, s'inscrit également dans les recommandations comme alternatives de seconde intention (14,32), tandis que les antidépresseurs tricycliques sont reconnus comme mal tolérés pour cette tranche d'âge sur le plan métabolique et développemental (6,8).

Le fait que 59,37 % des patients sous traitement bénéficient d'une bithérapie témoigne de la sévérité des tableaux cliniques et de la possible résistance thérapeutique au sein de notre recrutement hospitalier. Le recours ponctuel à la Risperidone (3,14 %) peut s'expliquer par la présence de difficultés comportementales (agressivité, impulsivité marquante) ou de difficultés de sommeil persistantes. Devant le risque de désinhibition comportementale lié à la prescription de benzodiazépines à cet âge, nous avons opté pour la Risperidone, décrite pour ses qualités sédatives à faible dose et en prescription ponctuelle (58).

Au total, Les modalités thérapeutiques de notre étude reflètent une application rigoureuse des recommandations internationales. La primauté de la Fluoxétine (42,14 %) valide nos choix pharmacologiques selon les normes de la FDA et de l'AACAP. L'usage de la bithérapie (59,37 %) souligne la complexité clinique de notre échantillon, marquée par des comorbidités et des symptômes de résistance. Enfin, l'inclusion systématique de la

psychothérapie et de la psychoéducation (100 %) place la relation thérapeutique et le modèle biopsychosocial au cœur du soin, garantissant non seulement le traitement des symptômes mais aussi la prévention des rechutes et le soutien du développement de l'adolescent.

4. L'observance, la tolérance et le suivi :

L'analyse de nos résultats concernant l'observance, la tolérance et la durée du suivi des adolescents traités pour dépression met en évidence une excellente adhésion aux protocoles cliniques, supérieure aux moyennes souvent rapportées dans la littérature spécialisée.

Notre taux de bonne observance (80,21 %) est particulièrement élevé par rapport aux données classiques. La littérature indique que les taux d'adhésion à la prescription prolongée des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent varient de 10 % à 89 % (12), et spécifiquement pour la dépression, des études rapportent des taux bien plus bas, oscillant entre 42 % et 49,5 % selon la phase du traitement (16). Ce haut niveau d'observance constitue un facteur pronostique très positif, car une faible adhésion conduit souvent à l'échec thérapeutique et à la chronicisation vers l'âge adulte (16). L'efficacité de l'étape de la psychoéducation où l'équipe vise à rendre le jeune un acteur actif de son traitement afin d'adhérer à la prescription.

Cette excellente observance s'accompagne d'un profil de tolérance médicamenteuse globalement très satisfaisant (89,94 %), confirmant la sécurité des antidépresseurs de nouvelle génération, principalement la Fluoxétine, chez les mineurs. Les effets indésirables observés dans notre échantillon, tels que la sédation (3,77 %), la prise de poids (3,14 %) «décrite chez les patients sous la Risperidone» et les troubles digestifs (2,52 %), correspondent aux manifestations les plus fréquemment documentées dans la littérature (6,29) et qui sont des effets secondaires passagères et transitoires. La vigilance clinique reste néanmoins indispensable, car 3 % à 8 % des jeunes peuvent présenter une activation comportementale (irritabilité, agitation, impulsivité), augmentant potentiellement le risque suicidaire en début de traitement (6,41). Le faible taux d'effets indésirables sévères dans notre étude suggère une

gestion prudente des dosages, conforme aux recommandations de commencer par des doses faibles et d'augmenter progressivement (6,14).

La qualité de l'observance et la tolérance des traitements se reflètent également dans la durée de suivi clinique de nos patients. La majorité de l'échantillon (82,39 %) bénéficie d'un suivi de 9 à 12 mois, ce qui est en parfaite adéquation avec les guides de pratique internationale définissant trois phases de traitement : l'attaque (1-2 mois), la consolidation (3-6 mois) et la maintenance (6-9 mois) (6). Le suivi psychothérapeutique se prolonge après l'arrêt du traitement pour une durée moyenne de 9 à 12 mois. Tandis que les 11,32 % de sujets suivis au-delà de 12 mois correspondent probablement aux cas sévères, récurrents ou chroniques nécessitant une thérapie de maintenance prolongée. Ainsi, la cohérence entre bonne observance, tolérance et durée de suivi crée une dynamique favorable pour la stabilisation durable des épisodes dépressifs (6).

Ces résultats contrastent favorablement avec les taux d'adhésion souvent médiocres décrits dans les études longitudinales sur l'adolescence et reflètent une application rigoureuse des standards de consolidation thérapeutique. La synergie entre observance élevée, tolérance médicamenteuse optimale et suivi prolongé conforme aux recommandations internationales (AACAP) place notre échantillon dans une trajectoire de récupération fonctionnelle optimisée, minimisant le risque de rechute précoce et favorisant une stabilisation à long terme des adolescents déprimés.

5. L'évaluation clinique et le devenir des adolescents :

L'issue thérapeutique de notre étude, marquée par un taux de rémission de 81,13 %, est particulièrement élevée et positive par rapport aux données classiques de la littérature psychiatrique (6). Ce succès s'explique probablement par le fait que nos patients ont bénéficié d'une phase de consolidation prolongée (9 à 12 mois pour la majorité), conformément aux recommandations de la littérature (6,16), qui indiquent que la probabilité de rémission augmente significativement lorsque le traitement se poursuit au-delà de la phase d'attaque

initiale (6,51). La bonne réponse au traitement s'explique aussi par le type prédominant de l'état dépressif décrit dans notre série qui est l'état dépressif majeur de sévérité moyenne.

La bonne réponse thérapeutique de notre série contraste avec un profil clinique assez inquiétant vu que la comorbidité présente 80 %, la crise suicidaire 40 % et le tableau clinique majoritairement d'intensité moyenne. Ce contraste se voit réversible par la précocité de la mise en marché des thérapeutiques nécessaires, la mobilisation du jeune pour être acteur central de son traitement, la responsabilisation et l'implication des familles et l'organisation autour de l'adolescent d'un ensemble d'aménagement sociaux et scolaires. L'absence de facteurs de risque et de stress préalables a probablement aidé à la réussite thérapeutique.

Les études indiquent généralement que le risque de récurrence s'établit entre 20 % et 60 % dans les deux ans suivant la rémission, pour atteindre 70 % après cinq ans (6,47). L'absence de rechute dans notre échantillon valide l'efficacité de notre stratégie de prise en charge systématique, incluant la psychothérapie de soutien et la psychoéducation, qui constituent des facteurs protecteurs majeurs contre le retour des symptômes (5,6) en l'absence de facteurs de risque pré morbides.

Nous notons que, les patients ayant des facteurs de risque cliniques décelés par l'étude n'ont pas eu de différence évolutive par rapport aux autres patients qui n'ont pas de facteurs significatifs.

En synthèse, le taux de rémission élevé (81,13 %) de notre étude témoigne d'une réponse thérapeutique optimale, largement favorisée par une excellente observance et un suivi de consolidation conforme aux recommandations internationales (6 à 12 mois). L'absence de rechute durant la période d'observation souligne l'impact positif du socle psychothérapeutique systématique, tandis que l'incidence modérée d'événements suicidaires (5,03 %) rappelle la nécessité d'une vigilance clinique, tout en confirmant que le bénéfice du traitement l'emporte largement sur les risques liés à l'activation suicidaire associée aux antidépresseurs prescrits (6,41).

V. L'apport de l'étude :

L'analyse de notre étude apporte plusieurs contributions significatives à la compréhension et à la prise en charge de la dépression à l'adolescence. Tout d'abord, elle confirme que la dépression adolescente est un trouble multidimensionnel, marqué par une forte comorbidité, des manifestations comportementales et sociales complexes, ainsi qu'un impact significatif sur le fonctionnement scolaire et relationnel. Le constat d'une prépondérance des troubles anxieux (38,36 %) et d'un risque suicidaire élevé (24,53 % de tentatives et 40,25 % d'idées suicidaires) valide la nécessité d'une évaluation systématique de ces dimensions dès l'établissement diagnostique initial, conformément aux recommandations de l'AACAP, et souligne l'importance d'intégrer ces facteurs dans les stratégies thérapeutiques.

Nos résultats concernant l'usage de substances (23,9 %), avec une prédominance du cannabis et du tabac, apportent un éclairage original sur le comportement d'automédiation chez les adolescents déprimés. Bien que l'addiction formelle soit rare (3,77 %), la consommation précoce de substances dès 13-14 ans nécessite une vigilance clinique particulière pour prévenir une trajectoire de dépendance et la chronicité des symptômes dépressifs. De même, la description détaillée des troubles scolaires et du lien social, avec 61,01 % d'isolement social et 60,38 % de difficultés relationnelles, confirme que la dépression à cet âge est avant tout une pathologie du lien, impactant simultanément le développement cognitif, émotionnel et social.

L'étude met également en évidence la valeur d'une approche thérapeutique multimodale. La combinaison systématique de psychothérapie et de psychoéducation (100 %) avec une prescription médicamenteuse adaptée (60,38 %, principalement Fluoxétine) a permis d'obtenir un taux de rémission exceptionnel (81,13 %), sans rechute observée et avec un faible taux d'événements suicidaires (5,03 %), démontrant l'efficacité des protocoles prolongés (9-

12 mois) et l'importance de la consolidation thérapeutique. Le haut niveau d'observance (80,21 %) et l'excellente tolérance (89,94 %) témoignent du rôle clé de l'alliance thérapeutique et de la rigueur dans la surveillance des effets indésirables, confirmant que l'adaptation du traitement aux besoins individuels maximise la réponse et minimise les risques.

Cette approche intégrative fournit une vue d'ensemble précise du parcours clinique de l'adolescent déprimé et constitue un point de référence pour la pratique clinique et la prévention des complications à long terme. Elle suggère également des perspectives pour de futures recherches multicentriques plus analytiques que descriptives, notamment sur les interactions entre comorbidités, facteurs environnementaux et efficacité des interventions combinées, permettant d'affiner les stratégies de prise en charge et de prévention de la chronicité à l'âge adulte.



I. Les forces :

Notre étude représente la première série de patients adolescents présentant une dépression et suivis en consultation pédopsychiatrique universitaire depuis son installation au CHU Mohammed VI, il s'agit d'une prise en charge diagnostique et thérapeutique exclusivement ambulatoire, recevant des jeunes de la grande région de Marrakech.

II. Les limites :

Malgré ses résultats significatifs, notre étude présente plusieurs limites qu'il convient de souligner. Tout d'abord, la taille de l'échantillon et le recrutement dans un contexte clinique en soins ambulatoires limitent la généralisation des résultats à l'ensemble des adolescents déprimés, en particulier ceux non diagnostiqués. Ensuite, certaines données reposent sur des auto-rapports ou des évaluations subjectives (observance, consommation de substances, symptômes dépressifs), ce qui peut introduire un biais de surestimation ou de sous-déclaration. Par ailleurs, l'étude est transversale pour certaines analyses, ce qui restreint la possibilité d'établir des liens causaux ou d'observer l'évolution à long terme des symptômes et des comorbidités. Enfin, certaines variables potentiellement influentes, telles que le contexte familial, socio-économique ou les facteurs environnementaux, n'ont pas été évaluées de manière approfondie, ce qui limite la compréhension des déterminants complexes de la dépression à l'adolescence. Ces limites suggèrent que des recherches futures, incluant des échantillons plus larges, multicentriques et des suivis longitudinaux, seraient nécessaires pour confirmer et étendre nos observations.



Au terme de cette étude, et à la lumière des résultats obtenus, nous formulons les recommandations suivantes, destinées à améliorer le dépistage, la prise en charge et la prévention de la dépression à l'adolescence dans notre contexte.

- Sensibilisation des parents et des jeunes sur la réalité clinique de la dépression. Vu qu'une proportion non négligeable des familles de notre série banalisait encore l'idée de la présence d'un épisode dépressif comme trouble mental nécessitant réellement une prise en charge spécialisée.
- Renforcement des outils de formation exigeante auprès des intervenants médicaux de la première ligne (médecin, pédiatre et omnipraticien) pour la détection plus rapide des premiers symptômes d'un état dépressif de l'adolescent pour une orientation fluide vers une prise en charge spécialisée pédopsychiatrique ou psychiatrique.
- Repérage des populations jeunes à risque de dépression par la réalisation de nouvelles études épidémiologiques et cliniques qui vont souligner l'impact des facteurs de risque sur la santé mentale. Ce repérage passe aussi par le milieu scolaire.
- Généraliser les structures de soins de santé mentale pédiatrique à l'ensemble des régions du royaume afin de permettre une équité d'accès aux soins.
- Quoique le diagnostic positif reste clinique, l'adaptation de certains outils psychométriques (de réponse précoce et de diagnostic) permettra de pallier aux erreurs diagnostiques face à des tableaux cliniques atypiques ou hétérogènes.
- Favoriser l'installation de structures spécialisées pédopsychiatriques de toute forme (unités de crise et urgence, soins ambulatoires, hôpital du jour, soins psychothérapeutiques), ce qui permettra d'offrir un minimum nécessaire de prise en charge adaptée quel que soit le tableau dépressif rencontré.
- Promouvoir et soutenir les projets de recherche analytiques et croisés en matière de santé mentale en général et pour les troubles psychoaffectifs en particulier afin de déterminer les axes thérapeutiques et préventifs efficaces et efficients pour notre population marocaine.

Les états dépressifs à l'adolescence :

Les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

- Enfin, joindre le social, le médical, le culturel et le politique est une perspective des plus enthousiastes pour une santé mentale positive des jeunes marocains.



CONCLUSION



La dépression à l'adolescence constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique en raison de sa fréquence, de la gravité de ses conséquences et de son impact durable sur le développement psychologique, social et scolaire des jeunes.

À travers notre étude rétrospective descriptive menée au sein de la consultation de pédopsychiatrie du CHU Mohammed VI de Marrakech, nous avons tenté de mieux comprendre les particularités épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques des états dépressifs chez l'adolescent. L'analyse de notre échantillon met en évidence la complexité et l'hétérogénéité de l'expression clinique de la dépression à cet âge, souvent différente de celle observée chez l'adulte.

Sur le plan clinique, nous avons souligné l'importance d'une vigilance clinique particulière face aux signes indirects ou masqués de la dépression ; le polymorphisme des présentations ; la fréquence élevée des comorbidités, des conduites à risque et de la suicidalité.

Sur le plan thérapeutique, notre étude confirme le rôle central de la psychothérapie dans la prise en charge des adolescents dépressifs. Celle-ci représente le pilier fondamental de l'accompagnement. Le traitement médicamenteux n'intervient qu'en complément, principalement dans les formes modérées à sévères ou en cas d'insuffisance de la psychothérapie seule. La psychoéducation, la guidance parentale et l'aménagement du cadre scolaire constituent des éléments essentiels pour favoriser l'adhésion au traitement et soutenir le processus de rétablissement.

En définitive, la dépression à l'adolescence demeure un trouble complexe, souvent silencieux ou masqué, mais aux conséquences potentiellement graves si elle n'est pas identifiée et prise en charge précocement. Une meilleure sensibilisation des professionnels de santé, des enseignants et des familles à ses manifestations spécifiques apparaît essentielle afin de favoriser un repérage précoce et une intervention adaptée. De nouvelles études cliniques dans le future semblent nécessaires pour analyser cette fois les facteurs de risque et de protection de ce trouble fréquent et grave à l'âge de l'adolescence



Résumé

Introduction :

La dépression à l'adolescence constitue un problème majeur de santé publique en raison de sa fréquence croissante, de ses manifestations cliniques parfois atypiques et de ses conséquences importantes sur le développement psychologique, scolaire et social. Cette période de transition expose les adolescents à une vulnérabilité particulière face aux troubles de l'humeur. L'objectif de notre étude est de décrire les caractéristiques épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques de la dépression chez les adolescents suivis au CHU Mohammed VI de Marrakech.

Patients et méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive réalisée au sein de la consultation de pédopsychiatrie du CHU Mohammed VI de Marrakech. Elle a porté sur 159 adolescents âgés de 10 à 17 ans suivis pour dépression entre janvier 2021 et décembre 2025. Les données sociodémographiques, cliniques et thérapeutiques ont été recueillies et analysées à l'aide du logiciel Excel.

Résultats :

La majorité des patients présentaient un épisode dépressif aigu (84,28 %), le plus souvent d'intensité modérée. Les troubles anxieux représentaient la comorbidité la plus fréquente (38,36 %). Les idées suicidaires étaient présentes chez 40,25 % des adolescents et 24,53 % avaient déjà réalisé une tentative de suicide. Sur le plan thérapeutique, 60,38 % des patients ont bénéficié d'un traitement médicamenteux dominé par la Fluoxétine, tandis que la psychothérapie constituait le pilier principal de la prise en charge. L'évolution clinique était globalement favorable avec un taux de rémission de 81,13 %.

Conclusion :

La dépression à l'adolescence est un trouble complexe et potentiellement grave, nécessitant un repérage précoce et une prise en charge multidisciplinaire. Une meilleure

Les états dépressifs à l'adolescence :

Les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

sensibilisation et une intervention adaptée permettent d'améliorer le pronostic et de prévenir les complications, notamment le risque suicidaire

Abstract

Adolescent depression is a major public health concern due to its increasing prevalence, heterogeneous clinical presentation, and significant impact on psychological, social, and academic development. This transitional period of life is characterized by biological, psychological, and social changes that increase adolescents' vulnerability to mood disorders.

This thesis is based on a retrospective descriptive study conducted in the outpatient child and adolescent psychiatry unit of the Mohammed VI University Hospital in Marrakech. The study included 159 adolescents aged between 10 and 17 years who were followed for depressive disorders between January 2021 and December 2025. Data were collected from medical records and analyzed to describe the epidemiological, clinical, and therapeutic characteristics of adolescent depression.

The analysis revealed that most patients presented with an acute depressive episode, often of moderate severity. Psychiatric comorbidities were frequent, particularly anxiety disorders. Suicidal ideation and suicide attempts were also commonly observed, highlighting the clinical severity of depressive disorders during adolescence. Regarding management, psychotherapy represented the cornerstone of treatment, while pharmacological therapy, mainly selective serotonin reuptake inhibitors such as fluoxetine, was prescribed in moderate to severe cases.

THÈSE findings underline the importance of early detection and comprehensive management of depressive disorders in adolescents. A multidisciplinary approach involving psychological support, family involvement, and appropriate pharmacological treatment is essential to improve prognosis and prevent complications, particularly suicidal behavior.

ملخص

يعد الاكتئاب لدى المراهقين مشكلة صحية عامة مهمة نظرًا لتزايد انتشاره وتنوع مظاهره السريرية وتأثيره الكبير على التطور النفسي والاجتماعي والدراسي للمراهق. وتمثل مرحلة المراهقة فترة انتقالية تتميز بتغيرات بيولوجية ونفسية واجتماعية تجعل هذه الفئة أكثر عرضة لاضطرابات المزاج.

تعتمد هذه الأطروحة على دراسة وصفية استرجاعية أجريت في وحدة استشارات الطب النفسي للأطفال والمراهقين بالمستشفى الجامعي محمد السادس بمراكش. شملت الدراسة 159 مراهقًا تتراوح أعمارهم بين 10 و17 سنة تمت متابعتهم بسبب اضطرابات اكتئابية خلال الفترة الممتدة من يناير 2021 إلى دجنبر 2025. وقد تم جمع المعطيات انطلاقًا من الملفات الطبية وتحليلها بهدف وصف الخصائص الديموغرافية والسريرية والعلاجية للاكتئاب لدى المراهقين.

أظهرت النتائج أن أغلب المرضى كانوا يعانون من نوبة اكتئابية حادة غالبًا ما تكون بدرجة متوسطة. كما سُجلت نسبة مهمة من الاضطرابات النفسية المصاحبة، خاصة اضطرابات القلق. ولوحظ كذلك وجود نسبة ملحوظة من الأفكار الانتحارية ومحاولات الانتحار، مما يعكس خطورة الاكتئاب خلال مرحلة المراهقة.

فيما يخص التدبير العلاجي، شكلت المعالجة النفسية الركيزة الأساسية للتكفل، في حين استُخدم العلاج الدوائي، خصوصًا مثبتات استرجاع السيروتونين الانتقائية مثل الفلوكسيتين، في الحالات المتوسطة إلى الشديدة.

تؤكد هذه النتائج أهمية التشخيص المبكر والتكفل الشامل بالاكتئاب لدى المراهقين، من خلال مقاربة متعددة التخصصات تشمل الدعم النفسي وإشراك الأسرة والعلاج الدوائي عند الحاجة، بهدف تحسين الإنذار والحد من المضاعفات، خاصة السلوك الانتحاري.



Fiche d'exploitation

Les états dépressifs à l'adolescence : les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

1. Identification :

Âge :

Sexe : ☐ F ☐ M

Niveau scolaire : ☐ Primaire ☐ Collège ☐ Lycée ☐ Non scolarisé

Rendement scolaire : ☐ Faible ☐ moyen ☐ élevé

Milieu de vie : ☐ Urbain ☐ Rural

Structure familiale : ☐ Nucléaire ☐ Monoparentale ☐ Autre :

Statut matrimonial des parents : ☐ mariés ☐ séparés ☐ divorcés

Nombre de frères/sœurs :

Niveau socio-économique : ☐ Bas ☐ moyen ☐ élevé

Antécédents familiaux psychiatriques : ☐ Oui ☐ Non ☐ Ne sait pas

Si oui lesquels :

Antécédents médicaux familiaux : ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquels :

2. Antécédents personnels :

Maladies chroniques : ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquels :

Antécédents psychiatriques : ☐ Oui ☐ Non

Si oui : ☐ épisode antérieur de dépression ☐ Anxiété ☐ TDAH ☐ Troubles du comportement

☐ Trouble du Spectre de l'Autisme ☐ Autres :

Tentatives de suicide antérieures : ☐ Oui ☐ Non

Usage de substances : ☐ Tabac ☐ Alcool ☐ Cannabis ☐ Autres :

Facteurs de stress récents : ☐ Harcèlement ☐ Conflits familiaux ☐ Rupture affective ☐

Difficultés scolaires ☐ Autres :

Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie : ☐ Oui ☐ Non

3. Symptomatologie :

Humeur irritable : ☐ Absente ☐ Légère ☐ Modérée ☐ Sévère

Perte d'intérêt et de plaisir : ☐ Oui ☐ Non

Rupture avec le fonctionnement antérieur : ☐ Oui ☐ Non

Idées suicidaires : ☐ Oui ☐ Non

Les états dépressifs à l'adolescence :

Les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

Troubles du sommeil : ☐ Insomnie ☐ Hypersomnie ☐ Autre :

Troubles alimentaires : ☐ Perte d'appétit ☐ Augmentation ☐ Autre :

Asthénie : ☐ Oui ☐ Non

Isolement social : ☐ Oui ☐ Non

Comportements à risque : ☐ Oui ☐ Non

Si oui quel type :

Difficulté scolaire : ☐ Oui ☐ Non

Si oui quel type :

Difficulté relationnelle : ☐ Oui ☐ Non

Présence de signes : ☐ anxieux ☐ psychotique ☐ manie ☐ Hypomanie

4. Évaluation clinique :

Échelles utilisées : ☐ kiddi ☐ Sads ☐ BDI

Score obtenu :

Évaluation du risque suicidaire : ☐ Faible ☐ Modéré ☐ Élevé

5. Diagnostic :

☐ Épisode dépressif majeur aigu ☐ dépression persistante (>1an) ☐ dépression bipolaire ☐
dépression délirante ☐ atypicité ☐ dépression résistante ☐ dépression récurrente

Type d'épisode : ☐ Léger ☐ Modéré ☐ Sévère

Troubles anxiodépressifs mixtes : ☐ Oui ☐ Non

Diagnostic différentiel envisagé : ☐ Trouble bipolaire ☐ Troubles anxieux ☐ Burnout ☐

Autres :

6. Prise en charge thérapeutique :

Psychothérapie :

☐ Thérapie psychodynamique ☐ Thérapie familiale ☐ Thérapie de soutien ☐ thérapie de
groupe ☐ Autres :

Traitement médicamenteux : ☐ Oui ☐ Non

Si oui lesquels : ☐ fluoxétine ☐ autres molécules /pourquoi :

☐ Monothérapie ☐ Bithérapie

Dose : Traitement associé :

Observance : ☐ Bonne ☐ Moyenne ☐ Mauvaise

Les états dépressifs à l'adolescence :

Les particularités cliniques et de la prise en charge thérapeutique.

Interventions non pharmacologiques : ☐ Activité physique ☐ Hygiène de vie ☐
Psychoéducation ☐ guidance des parents ☐ accompagnement scolaire ☐ Autres :

.....

7. Suivi :

Évolution clinique : ☐ Amélioration ☐ Stable ☐ Aggravation

Épisodes suicidaires durant le suivi : ☐ Oui ☐ Non

Réadmissions/hospitalisations : ☐ Oui ☐ Non

Rémission : ☐ Oui ☐ Non durée moyenne :

Rechute : ☐ Oui ☐ Non

Perte de vue : ☐ Oui ☐ Non

8. Pronostic :

Amélioration à moyen terme : ☐ Oui ☐ Non

Récidives : ☐ Oui ☐ Non

Facteurs de mauvais pronostic : ☐ Isolement ☐ Conflits familiaux ☐ Comorbidités ☐ Arrêt de traitement



BIBLIOGRAPHIE



1. **Moustakbal M, Belabbes Maataoui S.**
Depression symptoms among adolescents in Morocco: a school-based cross-sectional study. *Pan Afr Med J.* 2023;44:147. doi:10.11604/pamj.2023.44.147.36564.
2. **El Khayat S, El Malki T, Hlal H, et al.**
Profil épidémiologique des troubles pédopsychiatriques au service de pédopsychiatrie du CHU Ibn Rochd de Casablanca. *Rev Mar Mal Enf.* 2018;26:25–30.
3. **Sendi I, Chouikh A, Ammar A, Bouafia N.**
Depression in a sample of Tunisian adolescents: prevalence, associated factors and comorbidity with anxiety disorders. *Int J Adolesc Med Health.* 2018. doi:10.1515/ijamh-2018-00684
4. **Rey JM, Bella-Awusah TT, Liu J.**
Depression in children and adolescents. In: Rey JM, editor. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health.* Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.
5. **Izaki Y.**
Depression among adolescents: clinical features and interventions. *The Journal of Medical Investigation.* 2021;68(1–2):22–8. doi:10.2152/jmi.68.22
6. **Birmaher B, Brent D, Bernet W, Bukstein O, Walter H, Baugher M, et al.**
Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with depressive disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46(11):1503–26. doi:10.1097/chi.0b013e318145ae1c
7. **Yin C, Xu M, Zong Z.**
Advances in the prevalence and treatment of depression for adolescents: a review. *Front Pharmacol.* 2025;16:1574574. doi:10.3389/fphar.2025.1574574
8. **Li J, Zhou S, Zhu M.**
The causes, prevention and treatment of adolescent depression: a review. In: *Proceedings of the 2021 International Conference on Humanities, Economics and Social Science (ICHESS 2021).* Atlantis Press; 2021. p. 48–54. doi:10.2991/assehr.k.211220.009
9. **Xu YM, Hu CJ, Zhong BL.**
Family dynamics and depression among children: an integrative review of theoretical models and attachment-based interventions. *Psychol Res Behav Manag.* 2025;18:2259–72. doi:10.2147/PRBM.S559551
10. **Orchard F, Pass L, Marshall T, Reynolds S.**
Clinical characteristics of adolescents referred for treatment of depressive disorders. *Child Adolesc Ment Health.* 2017;22(2):61–8. doi:10.1111/camh.12178
11. **Menculini G, Cinesi G, Scopetta F, Cardelli M, Caramanico G, Balducci PM, et al.**
Major challenges in youth psychopathology: treatment-resistant depression. A narrative review. *Front Psychiatry.* 2024;15:1417977. doi:10.3389/fpsy.2024.1417977

12. Beirão D, Monte H, Amaral M, Longras A, Matos C, Villas-Boas F.
Depression in adolescence: a review. *Middle East Curr Psychiatry*. 2020;27(1):50.
doi:10.1186/s43045-020-00050-z
13. Korczak DJ, Westwell-Roper C, Sassi R.
Diagnosis and management of depression in adolescents. *CMAJ*. 2023;195(21):E739-46.
doi:10.1503/cmaj.220966
14. Mok YE, Lee JH, Lee MS.
Comparison of different adherence measures in adolescent outpatients with depressive disorder. *Patient Prefer Adherence*. 2020;14:1065-72. doi:10.2147/PPA.S249728
15. Quispe PMT.
Depression, emotional health and technologies in adolescents. *Revista Geintec*. 2021;11(3):1274-89. doi:10.47059/revistageintec.v11i3.2009
16. Zhao F, Jin Y, Ding J, Yang L.
Clinical features and influencing factors of adolescent major depressive disorder with suicidal and self-injurious behavior. *Braz J Psychiatry*. 2024. doi:10.47626/1516-4446-2024-3613
17. Korczak DJ, Westwell-Roper C, Sassi R.
Diagnostic et traitement de la dépression à l'adolescence. *CMAJ*. 2023;195(31):E1050-8.
doi:10.1503/cmaj.220966-f
18. Bohman H, Låftman SB, Alaie I, Ssegona R, Jonsson U.
Adult mental health outcomes of adolescent depression and co-occurring alcohol use disorder: a longitudinal cohort study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2025;34(5):1649-59.
doi:10.1007/s00787-024-02596-3
19. Magklara K, Bellos S, Niakas D, Stylianidis S, Kolaitis G, Mavreas V, et al.
Depression in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *BMC Psychiatry*. 2015;15(1):199. doi:10.1186/s12888-015-0584-9
20. Boersma-van Dam E, Hale B, Koot H, Meeus W, Branje S.
Adolescents' and best friend's depressive symptoms and conflict management: intraindividual and interpersonal processes over time. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2019;48(2):203-17. doi:10.1080/15374416.2016.1253017
21. Idrissi-Imane M, Aabbassi B, Manoudi F.
La dépression : profil clinique, caractéristiques épidémiologiques et modalités de prise en charge pédiatrique. *Int J Adv Res*. 2025;13(04):379-85. doi:10.21474/IJAR01/20729
22. Pukhovskiy B, Pyliagina G.
Comorbidity depression and self-destructive behavior in adolescence: comparative sex analysis of clinical cases. *Health of Man*. 2023;(4):24-34. doi:10.30841/2786-7323.4.2023.298550
23. Mathialagan K, Ceren Amuk O, Eskander N, Patel RS.
Comorbid anxiety and suicidal behaviors in American adolescents with major depression. *Cureus*. 2020. doi:10.7759/cureus.8598

24. Kaleda V, Krylova E, Kuleshov A, Beburishvili A.
Clinical Evaluation of major depressive disorder and borderline personality disorder in youth adolescents. *Eur Psychiatry*. 2022;65(S1):S328. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.834
25. Lee YD, Towbin K, Pine DS, Stringaris A, Kircanski K.
Temporal predictions from anhedonia to anxiety in adolescents with major depressive disorder. *Res Child Adolesc Psychopathol*. 2025;53(11):1595–610. doi:10.1007/s10802-025-01362-6
26. Mykhailova I.
Clinical phenomenology of depressive behavior disorder in adolescents: diagnosis, therapy, prevention. *World Science*. 2020;(9(61)). doi:10.31435/rsglobal_ws/30122020/7276
27. Essau CA, de la Torre-Luque A.
Comorbidity between internalising and externalising disorders among adolescents: symptom connectivity features and psychosocial outcome. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2023;54(2):493–507. doi:10.1007/s10578-021-01264-w
28. Cyrkler M, Czerwiak KZ, Drabik A, Soroka E.
A new pandemic of the XXIst century: the growing crisis of adolescent depression in the digital age. *Med Sci Monit*. 2024;30. doi:10.12659/MSM.944838
29. Apicella M, Serra G, Iannoni ME, Trasolini M, Maglio G, Andracchio E, et al.
Gender differences in the psychopathology of mixed depression in adolescents with a major depressive episode. *Curr Neuropsychopharmacol*. 2023;21(6):1343–54. doi:10.2174/1570159X20666221012113458
30. Cotto JH, Davis E, Dowling GJ, Elcano JC, Staton AB, Weiss SRB.
Gender effects on drug use, abuse, and dependence: a special analysis of results from the national survey on drug use and health. *Gen Med*. 2010;7(5):402–13. doi:10.1016/j.genm.2010.09.004
31. Linan CA, Rocha GM, Lucion MK.
How to identify depression and anxiety in children and adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2025;102 Suppl 1:101462. doi:10.1016/j.jpeds.2025.101462
32. Konstantopoulou G, Iliou T, Raikou N.
Clinical assessment of depression on university students. *Eur J Public Health Stud*. 2020;2(2). doi:10.46827/ejphs.v2i2.60
33. Goncerz D, Wójcik M.
Depressive and anxiety disorders in children and adolescents with selected endocrine diseases. *Pediatr Endocrinol Diabetes Metab*. 2025;31(3):120–6. doi:10.5114/pedm.2025.155107
34. Barbe R.
Les particularités de la dépression à l'adolescence. *Méd Hyg*. 2003;(2425):398–402.

35. Nkporbu AK, Alex-Hart BA.

Pattern of depressive illness among school age children presenting at the University of Port Harcourt Teaching Hospital. *Open J Depress*. 2022;11(03):31–45.
doi:10.4236/ojd.2022.113003

36. Boylan K, Dyce L, Semovski V.

Borderline personality disorder in children and adolescents: discriminant validity in relation to major depressive disorder. *J Psychol Psychiatry*. 2017;1(1). doi:10.15761/JPP.1000104

37. Del Casale A, Zocchi C, Kotzalidis GD, Fiaschè F, Girardi P.

Prevention of depression in children, adolescents, and young adults: the role of teachers and parents. *Psychiatry Int*. 2021;2(3):353–64. doi:10.3390/psychiatryint2030027

38. Suleymanov RF, Gorenkov RV, Chernus NP, Orlov SA, Kalinina IF.

Juvenile depression treatment with antidepressants from the selective serotonin reuptake inhibitors group. *Bangladesh J Med Sci*. 2019;18(3):615–23. doi:10.3329/bjms.v18i3.41637

39. Cai R, Yuan K, Zang K.

Depression in adolescence: a general review. In: *Proceedings of the 2021 International Conference on Humanities, Economics and Social Science (ICHESS 2021)*. Atlantis Press; 2021. p. 657–62. doi:10.2991/assehr.k.211220.112

40. Pratibha G, Virender Kumar G.

A narrative review of major depressive disorder in children and adolescents. *Arch Depress Anxiety*. 2020;6(1):19–22. doi:10.17352/2455–5460.000046

41. Zhang CS, Cheng L, Chen X, Wang Y, Wei S, Sun J.

The strategies of exercise intervention for adolescent depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychol*. 2023;13:974382.
doi:10.3389/fpsyg.2022.974382

42. Khalil AH, Rabie MA, Abd-El-Aziz MF, Abdou TA, El-Rasheed AH, Sabry WM.

Clinical characteristics of depression among adolescent females: a cross-sectional study. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2010;4(1):26. doi:10.1186/1753–2000–4–26

43. Owusu Mensah S, Duan X, Ling Y, Xu F, You Y, Li L, et al.

Évaluation and treatment of sleep disorders in adolescents with depression: a scoping review. *BMC Psychiatry*. 2025;25(1):1159. doi:10.1186/s12888–025–07652–z

44. Jiang X, Zheng H, Yang R, Wang S, Zhong H.

Retrospective analysis of clinical characteristics and treatment of children and adolescents with depression. *Front Psychiatry*. 2023;14:1036314. doi:10.3389/fpsyg.2023.1036314

45. Higson-Sweeney N, Cooper K, Dunn BD, Loades ME.

"I'm always going to be tired": a qualitative exploration of adolescents' experiences of fatigue in depression. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2024;33(5):1369–81. doi:10.1007/s00787–023–02243–3

46. Fleisher WP, Katz LY.

Early onset major depressive disorder. *Paediatr Child Health*. 2001;6(7):444–8.
doi:10.1093/pch/6.7.444

47. Matkovska T.
Social predictors of depressive disorders in adolescents. *World Science*. 2020;(9(61)).
doi:10.31435/rsglobal_ws/30122020/7337
48. Luo J, Liu M, Feng L, Li Z, Wu Y, Lu J, et al.
Multidimensional voiceprint feature assessment system for identifying depression in children and adolescents: a diagnostic test. *Front Psychiatry*. 2023;14:1105534.
doi:10.3389/fpsy.2023.1105534
49. Young J.
Screening and managing depression in adolescents. *Adolesc Health Med Ther*. 2010;1:87–94. doi:10.2147/AHMT.S7539
50. Khaloui G, Mabkhout A, Rachidi L, Benjelloun G.
Clinical and epidemiological profile of adolescent suicide attempters in Morocco: a 10-year retrospective study from the adolescent psychiatric inpatient unit in Casablanca. *Middle East Curr Psychiatry*. 2025;32:66. doi: 10.1186/s43045-025-00560-8.
51. Tanzilli A, Giovanardi G, Patriarca E, Lingiardi V, Williams R.
From a symptom-based to a person-centered approach in treating depressive disorders in adolescence: a clinical case formulation using the psychodynamic diagnostic manual (PDM-2)'s framework. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(19):10127.
doi:10.3390/ijerph181910127
52. Liu S.
A review of research advances in the clinical management of adolescent depression. *Highlights Sci Eng Technol*. 2024;29:248–53. doi:10.54254/2753-8818/29/20240815
53. Du L, Chen YM, Jin X, Yuan W, Wang JS.
Critical appraisal of clinical practice guidelines for depression in children and adolescents: a protocol for systematic review. *Medicine*. 2020;99(38):e22384.
doi:10.1097/MD.00000000000022384
54. Ren Z, Zhou G, Wang Q, Xiong W, Ma J, He M, et al.
Associations of family relationships and negative life events with depressive symptoms among Chinese adolescents: a cross-sectional study. *PLoS ONE*. 2019;14(7):e0219939.
doi:10.1371/journal.pone.0219939
55. Pășărelu CR, Dobrean A, Andersson G, Zaharie GC.
Feasibility and clinical utility of a transdiagnostic internet-delivered rational emotive and behavioral intervention for adolescents with anxiety and depressive disorders. *Internet Interv*. 2021;26:100479. doi:10.1016/j.invent.2021.100479
56. Lau JYF, Waters AM.
Annual research review: an expanded account of information-processing mechanisms in risk for child and adolescent anxiety and depression. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(4):387–407. doi:10.1111/jcpp.12653

57. Aabbassi B, Manoudi F.

L'évaluation diagnostique et la prise en charge de la dépression de l'adolescent « en cinq étapes ». *J Pediatr Puericult.* 2025. doi:10.1016/j.jpp.2025.10.008

58. Hormi SE, Rachidi L, Laslami Z, Oualidi HE, Nemrany H, Benkirane S, et al.

Depressive disorders in child and adolescent psychiatry: epidemiology, risk factors, and clinical manifestations in Moroccan children and adolescents. *SAS J Med.* 2024;10(06):514–21. doi:10.36347/sasjm.2024.v10i06.008



قسم الطبيب :

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال باذلة وسعي في إنقاذها من الهلاك والمرض
والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كراماتهم، وأستر عورتهم، وأكتم
سريهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد، للصالح
والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرنى، وأكون أخا لكل زميل في المهنة الطبية متعاونين
على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه
الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد



الأطروحة 120

سنة 2026

حالات الاكتئاب لدى المراهقين: الخصائص السريرية وخصوصيات التكفل العلاجي أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 27/03/2026
من طرف

الآنسة وركات مريم

المزدادة في 16 فبراير 2000 بمراكش
لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

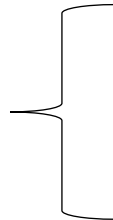
الكلمات الأساسية:
اكتئاب المراهقين – الخصائص السريرية – التدبير العلاجي

اللجنة

الرئيسة

المشرف

الحكام



ف.منودي

أستاذة الطب النفسي

ب.عباسي

أستاذة الطب النفسي للأطفال والمراهقين

أ.لفينتي

أستاذة الطب النفسي

ر.القادري

أستاذ في طب الأطفال

و.لحميني

أستاذة في طب الأطفال

السيدة

السيدة

السيد

السيد

السيدة