

TROUBLES ANXIEUX CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

NATURE, DEVELOPPEMENT, TRAITEMENT ET PREVENTION

Ronald M Rapee

Edition en français
Traduction : Jean-Philippe Raynaud
Avec le soutien de la SFPEADA



Monsters, Inc° Pixar

Ronald M Rapee PhD

Professor, Centre for
Emotional Health,
Department of Psychology,
Macquarie University,
Sydney, Australia

Conflict of interest:
receiving royalties from
the book, *Helping your
Anxious Child: A Step by
Step Guide for Parents*.
Proceeds from sales of the
Cool Kids program go to
the Centre for Emotional
Health at Macquarie
University to assist research
and treatment for anxious
children – no individual
receives any income from
these materials.

Cette publication est à destination des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en formation ou en exercice. Elle n'est pas destinée au grand public. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Editeur ou de la IACAPAP. Cette publication tente de décrire les meilleurs traitements et pratiques basés sur des preuves scientifiques disponibles au moment de sa rédaction, traitements et pratiques qui pourraient donc évoluer en fonction des recherches à venir. Les lecteurs doivent mettre en perspectives ces connaissances avec les recommandations et les lois en vigueur dans leur pays. Certains traitements pourraient ne pas être disponibles dans certains pays et les lecteurs devraient consulter les informations spécifiques des médicaments car tous les dosages et les effets indésirables ne sont pas mentionnés. Les organisations, les publications et les sites web sont cités ou mis en lien afin d'illustrer les résultats et de pouvoir rechercher davantage d'informations. Cela ne veut pas dire que les auteurs, l'Editeur ou la IACAPAP endossent leurs contenus ou leurs recommandations, lesquelles pourraient être évaluées de façon critique par le lecteur. De même, les sites web peuvent changer ou cesser d'exister.

©IACAPAP 2012. Ceci est une publication en accès libre sous la [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). L'utilisation, la distribution et la reproduction sur tout type de support sont permises sans permission préalable du moment que le travail original est correctement cité et que l'utilisation n'est pas commerciale. Envoyez vos commentaires sur ce livre ou ce chapitre à jmreyATbigpond.net.au

Citation suggérée : Rapee RM. Anxiety disorders in children and adolescents: Nature, development, treatment and prevention. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Jusqu'à tout récemment, les troubles anxieux de l'enfant étaient considérés comme relativement rares et de faible importance. En conséquence notre connaissance empirique de l'anxiété chez l'enfant est moins étendue que chez l'adulte. Néanmoins le nombre d'études centrées sur l'anxiété chez l'enfant durant les 15 à 20 dernières années a augmenté de façon remarquable et nous sommes maintenant en train d'élaborer un bon niveau de compréhension, de la nature, du développement et du traitement de ces troubles. De façon encore plus récente, la question de la prévention de l'anxiété a été développée et, étant donné les chevauchements existant entre l'anxiété et la dépression ainsi que la continuité entre les troubles de l'enfant et de l'adulte, ces travaux ont une implication majeure en ce qui concerne la prévention des difficultés internalisées tout au long de la vie.

Par rapport à la recherche chez l'adulte, qui tend à diviser et classifier les troubles anxieux de façon très spécifique, la tendance chez l'enfant et chez l'adolescent est davantage de considérer l'anxiété de façon assez globale et, dans la plupart des cas, de considérer les troubles internalisés comme un tout. De fait, dans ce chapitre, j'évoquerai les troubles anxieux le plus souvent de façon globale et étudierai les facteurs ayant trait à l'ensemble des troubles anxieux. Ceci est particulièrement pertinent en ce qui concerne le traitement, pour lequel les prises en charges psychologiques les plus validées empiriquement ont considéré qu'il fallait inclure les enfants dans le groupe des troubles anxieux. Pourtant, étant donné que d'autres chapitres de ce manuel sont consacrés au trouble obsessionnel compulsif, au syndrome de stress post-traumatique et à l'anxiété de séparation, je traiterai ici, autant que possible, plus spécifiquement des autres troubles anxieux, à savoir l'anxiété généralisée, la phobie sociale et les phobies spécifiques. Pour éviter les répétitions, j'emploierai les termes d'anxiété de l'enfant ou d'anxiété chez l'enfant pour désigner l'anxiété à la fois chez l'enfant et chez l'adolescent, sauf lorsque des distinctions en fonction de l'âge seront nécessaires.

DESCRIPTION ET DIAGNOSTIC

Le noyau des troubles anxieux est le concept d'évitement. Dans la plupart des cas, cela inclut l'évitement direct de certaines situations, lieux ou stimuli, mais cela peut aussi impliquer des formes plus subtiles d'évitement comme l'hésitation, l'incertitude, le retrait ou les actions ritualisées. Ces comportements sont relativement constants quel que soit le trouble, et les différences clés entre les différents troubles concernent les déclencheurs de ces conduites d'évitement. L'évitement est généralement accompagné par une composante affective de crainte, de détresse ou de timidité. Pourtant certains enfants, notamment les plus jeunes, peuvent éprouver des difficultés à verbaliser leurs émotions. L'anxiété survient du fait de la crainte de la survenue d'un événement dangereux ou négatif – en d'autres termes du fait de la crainte d'une menace. Ainsi, dans la compréhension de l'anxiété de l'enfant, il est crucial de déterminer si les conduites d'évitement sont dues à de telles craintes ou appréhensions anxieuses. Par exemple, deux enfants peuvent dire qu'ils ne veulent pas aller à l'école. Pour l'un cela sera dû au fait qu'il s'amuse davantage en faisant les boutiques avec ses amis, alors que pour le second cela pourra être dû à la crainte que les autres enfants se moquent de lui. Même si tous deux semblent refuser l'école, le premier cas n'est pas un symptôme d'anxiété puisque le comportement n'est pas secondaire à la perception d'une menace. Tous les troubles anxieux impliquent *l'anticipation d'une menace*, qui peut prendre la forme d'une inquiétude, de rumination, d'anticipations anxieuses ou de pensées

Troubles internalisés

En opposition avec les "troubles externalisés ou non contrôlés" (comme les troubles des conduites) dans lesquels les enfants ont tendance à externaliser ou à agir leurs conflits internes et leurs difficultés émotionnelles (par exemple par de la violence ou de l'agressivité) – les troubles internalisés reflètent des problèmes du self, comme les craintes, l'inquiétude ou la tristesse, traditionnellement regroupés sous le vocable de « névroses » ou de difficultés « réprimées » ou « inhibées ». Les enfants avec un trouble internalisé ont tendance à gérer leurs conflits et leurs difficultés émotionnelles de façon intériorisée plutôt que par des passages à l'acte. Les troubles internalisés entraînent généralement d'avantage de difficultés pour l'enfant que pour son entourage, contrairement aux troubles extériorisés.

Table F.1.1 Caractéristiques centrales et associées des différents troubles anxieux.

TROUBLE	CARACTERISTIQUES	CARACTERISTIQUES ASSOCIEES
Anxiété de séparation	Crainte que quelque chose de grave arrive à l'enfant ou aux figures d'attachement (souvent un parent) lors des séparations. En conséquence, l'enfant évite les séparations des figures d'attachement.	<ul style="list-style-type: none"> • Rêve ou cauchemar de séparation • Refus de situations de séparation, notamment dormir hors de la maison, aller à l'école, rendre visite à des amis ou des proches, rester à la maison seul ou avec une nounou. • Crainte des conséquences de la séparation : peur d'être kidnappé, blessé ou que les proches soient blessés ou tués, • Symptômes physiques dans l'attente de la séparation : vomissements, diarrhée et douleurs gastriques
Trouble anxieux généralisé	Tendance à s'inquiéter sur tous les sujets, peur que quelque chose de négatif survienne.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitement de certaines activités sociales ou situations incluant : parler ou intervenir en public, rencontrer de nouveaux enfants, parler à des figures d'autorité comme les professeurs, être le centre de l'attention et, chez les adolescents, la peur des flirts. • Crainte de jugements négatifs des autres, notamment être jugé inintéressant, stupide, déplaisant, trop confiant ou bizarre. • Nombre limité d'amis et difficultés à s'en faire • Haut niveau de conscience/attention à soi
Phobie sociale	Crainte et évitement des interactions ou performances sociales par crainte d'être jugé négativement par les autres.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitement de certaines activités sociales ou situations incluant : parler ou intervenir en public, rencontrer de nouveaux enfants, parler à des figures d'autorité comme les professeurs, être le centre de l'attention et, chez les adolescents, la peur des flirts. • Crainte de jugements négatifs des autres, notamment être jugé inintéressant, stupide, déplaisant, trop confiant ou bizarre. • Nombre limité d'amis et difficultés à s'en faire • Haut niveau de conscience/attention à soi
Phobies spécifiques	Le noyau central des phobies spécifiques associe crainte et évitement en réponse à différents stimuli, situations ou objets. Il y a une crainte que l'objet ou la situation entraîne une souffrance du sujet.	<p>Les phobies plus fréquentes chez l'enfant sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les animaux (chiens, oiseaux...) • Les insectes ou les araignées • Le noir • Les bruits forts, notamment les tempêtes • Les clowns, les masques ou les tenues inhabituelles • Le sang, les maladies, les injections
Trouble panique et agoraphobie*		
Trouble panique	Expérience et crainte d'attaque de panique inopinée associant symptômes somatiques et peur de mourir ou de devenir fou.	<ul style="list-style-type: none"> • Symptômes somatiques sévères de survenue brutale et de durée spécifique • Les symptômes les plus fréquents sont : palpitations, dyspnée, vertiges, tremblements et douleur de poitrine • Certaines crises au moins sont inattendues et imprévisibles
Agoraphobie	L'agoraphobie implique en plus la crainte et l'évitement des situations « agoraphobiques », généralement dus à la crainte de la survenue d'une attaque de panique dans ces situations.	<ul style="list-style-type: none"> • Evitement de certaines situations lié à la peur des symptômes ou de leurs conséquences • La situation la plus fréquente implique des lieux d'où il pourrait être difficile de s'enfuir comme les transports publics, les endroits clos, les cinémas, le coiffeur, ou les bouchons. • Fréquence des liens ou objets contraphobiques, souvent une figure d'attachement.

* Tous les deux débutent souvent au début de l'âge adulte et sont donc rares durant l'enfance. Les cas avant 15 ans sont exceptionnels et un petit nombre de cas débutent entre 15 et 18 ans.

négatives. Les principales différences entre les troubles résident dans les contenus de ces croyances. En plus des croyances, comportements et émotions décrits, les enfants anxieux rapportent souvent également des *plaintes physiques traduisant une vigilance augmentée* ; pourtant, elles ne sont que rarement spécifiques d'un trouble et, de fait, rarement diagnostiquées. Les symptômes physiques les plus communs chez les enfants anxieux sont : maux de tête, douleurs abdominales, nausées, vomissements, diarrhée et tension musculaire. Les troubles du sommeil sont également fréquentes chez les enfants anxieux, surtout chez ceux qui s'inquiètent profondément.

Comme déjà signalé, les principales différences entre les troubles anxieux impliquent les déclencheurs spécifiques de l'anxiété, les situations évitées et le contenu des croyances, comme cela apparaît dans le tableau F.1.1. L'anxiété de séparation et le refus scolaire sont décrits en détail dans le chapitre F.2.

Autres troubles anxieux

Comme déjà signalé, les autres troubles anxieux sont traités dans des chapitres spécifiques et seront donc simplement évoqués ici. Les enfants avec des *troubles obsessionnels compulsifs* (TOC) présentent des pensées, des images ou des besoins répétitifs et intrusifs, souvent accompagnés d'actions ou de comportements stéréotypés et répétitifs à des fins de diminution de l'anxiété. Les préoccupations mentales sont souvent centrées sur des menaces ou des dangers attendus (c'est donc bien un trouble anxieux) ; pourtant certains patients peuvent ne pas rapporter d'objet de crainte, mais plutôt un sentiment de dégoût et la conviction que certaines actions font « simplement du bien ». Quand une anticipation anxieuse existe, les rituels correspondants ont généralement pour but de prévenir ou d'empêcher le danger attendu. Chez les enfants, le tableau est rendu plus compliqué par le fait que de nombreux enfants, et plus particulièrement les plus jeunes, ne sont pas capables d'expliquer clairement leurs croyances et leurs motivations. Chez l'enfant, les rituels les plus communs sont les lavages et la crainte de la contamination, les rituels de vérification ou de rangement, ou encore la crainte de catastrophe si certaines actions ne sont pas réalisées de façon adéquate.

Le trouble de stress post-traumatique (TSPT) associe les symptômes suivants : hypervigilance (nervosité), intrusion (détresse face à tout ce qui rappelle le trauma), émoussement affectif (difficultés à se souvenir clairement du traumatisme, engourdissement et réactivité diminuée) et conduites d'évitement, le tout suite à un traumatisme grave (ayant menacé la vie). Bien que, malheureusement, de nombreux enfants dans notre monde expérimentent des événements potentiellement traumatisants et menaçant leur vie, le TSPT est relativement peu fréquent chez l'enfant (Rappee et al, 2009). Certains auteurs ont opposé à cette constatation le fait que les critères ne sont pas assez sensibles aux spécificités du trouble chez l'enfant, tandis que d'autres suggèrent que cela est peut-être dû à une perception amoindrie du passé et du futur dans le développement cognitif de l'enfant. Le TSPT est discuté en détail dans le chapitre F.4.4.

Refus scolaire

Bien que le refus scolaire ne constitue pas formellement un diagnostic dans le DSM ou dans la CIM, une brève mention est nécessaire tant il est fréquemment discuté. Il est certain que beaucoup d'enfants ne veulent pas aller à l'école et,

Anxiété sociale

Les enfants atteints de phobie sociale ne sont pas nécessairement dépourvus de ressource sociale. Ils sont le plus souvent ignorés ou négligés plutôt que rejetés. Pourtant, à cause de leur anxiété, ils agissent parfois maladroitement et peuvent être en difficulté dans les relations sociales. Par exemple, ils peuvent parler très peu ou doucement, fuir le contact visuel, ou parler de façon hésitante ou incertaine.

dans un faible nombre de cas, certains ne s'y rendent effectivement pas durant de longues périodes. Cela est souvent qualifié de refus scolaire. Le refus scolaire n'est pas en soi un trouble anxieux et peut être expliqué par beaucoup d'autres raisons que l'anxiété, mais l'anxiété est néanmoins souvent présente. Pourtant l'anxiété seule n'est pas une explication suffisante. Le refus scolaire implique à la fois un refus de l'enfant de se rendre à l'école (parfois du à l'anxiété), associé à une acceptation sociale et aussi souvent parentale de ce refus. Cette composante varie bien sûr en fonction de l'obligation de fréquentation scolaire, des normes sociales et des difficultés parentales (comme la pauvreté extrême). Pourtant, lorsque les normes sociales impliquent la fréquentation de l'école (cas des pays occidentaux), le refus scolaire est souvent le signe de difficultés au sein de la famille ou au moins avec un parent. Par exemple, dans certains cas, la non fréquentation de l'école est en partie encouragée par un parent qui attendrait de son enfant de l'aide pour subvenir à ses propres besoins (par exemple un handicap mental ou physique) ; dans d'autres cas, la relation parent/enfant peut devenir pathologique à cause de difficultés maritales sévères... En d'autres termes, le refus scolaire chronique peut refléter une grande variété de difficultés anxieuses (ou autres) chez l'enfant (par exemple la peur du travail scolaire, une anxiété de séparation, une phobie sociale, des brimades...) associée à des difficultés parentales ou familiales et, dans certains cas, à une incitation sociale à la non fréquentation de l'école (cf. chapitre 2 pour des discussions plus approfondies sur cette question).

Comorbidités

Comme nous l'avons souligné précédemment, il est fréquent dans l'étude de l'anxiété chez l'enfant d'aborder globalement l'anxiété (et parfois les troubles associés) plutôt que de se focaliser sur un trouble anxieux spécifique. L'une des raisons principales de cette approche est le large chevauchement entre les troubles anxieux et entre l'anxiété et d'autres troubles internalisés, en particulier la dépression. Cliniquement il est d'ailleurs rare que les enfants anxieux remplissent les critères pour un seul trouble anxieux. Au sein de la population de patients consultants, environ 80 à 90% remplissent les critères pour plus d'un trouble anxieux. La majorité, environ 75%, remplit les critères pour plus d'un trouble anxieux. De 10 à 30% présentent également les critères d'un trouble de l'humeur. Les différences d'âge sont significatives dans ce cas précis : environ 30% des adolescents qui consultent présentent les critères pour un trouble de l'humeur surajouté alors que cette fréquence chez les enfants anxieux plus jeunes est seulement de 10 à 15%. Environ 25% des enfants anxieux les plus jeunes qui consultent présentent en plus les critères d'un trouble du comportement. Des chiffres similaires sont retrouvés dans des échantillons de la population générale, bien que la proportion d'enfants avec un trouble anxieux unique et spécifique soit légèrement plus élevée. Néanmoins, même dans ces échantillons de population, les enfants avec des troubles anxieux sont, de façon significative, plus susceptibles de présenter une association de troubles anxieux, thymiques et comportementaux. De façon intéressante, les enfants anxieux ne semblent pas être plus à risque d'abus de substance, ce qui reflète probablement le fait que ces enfants obéissent généralement aux règles et ne prennent pas de risque. Le chevauchement entre les troubles anxieux et les abus d'alcool ne sont pas significatifs avant l'adolescence ou le début de l'âge adulte (Costello et al, 2003).

EPIDEMIOLOGIE

Prévalence

L'estimation de la prévalence de l'anxiété chez l'enfant est très variable en fonction des pays et des études, du fait de nombreux facteurs, notamment des variations dans les critères, les instruments de mesure et les échantillons. Environ 5% des enfants et des adolescents répondent aux critères d'un trouble anxieux sur une période de temps donné dans la population occidentale (Rappe et al, 2009). Il y a peu de données disponibles dans les autres cultures, mais une étude menée à Porto Rico a montré des résultats similaires (Canino et al, 2004). Dans la plupart des études, la prévalence est plus élevée pour les phobies spécifiques et plus faible pour l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée et la phobie sociale. Des taux bien plus faibles sont rapportés pour les troubles obsessionnels compulsifs, et les taux les plus bas concernent le trouble de stress post-traumatique.

Distribution par genre

Les troubles anxieux sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes en population générale. La plupart des études trouve un sex-ratio de 1,5 à 2 en faveur des femmes pour la majorité des troubles anxieux. Il existe des arguments en faveur du fait que ces différences selon le sexe apparaissent très tôt, dès l'âge de 5 ans. Par contraste, la distribution parmi les patients demandeurs de soins dans les sociétés occidentales est plus homogène, avec même une légère prédominance des sujets masculins.

Age de début

Les troubles anxieux font partie des troubles qui apparaissent le plus tôt : le plus souvent, ils débutent entre le milieu de l'enfance et le milieu de l'adolescence. Comme nous le détaillerons plus loin, il est fréquent que les troubles anxieux apparaissent chez un enfant de tempérament inhibé et craintif. Ainsi il est souvent difficile de déterminer exactement la date de début d'un trouble anxieux et, dans une certaine mesure, les enfants anxieux sont souvent considérés comme anxieux de naissance. Voici néanmoins les estimations de l'âge moyen de début des différents troubles anxieux chez l'enfant (il s'agit bien sûr de moyennes, les troubles pouvant débuter plus tôt chez certains enfants) :

- Phobie d'un animal : début de l'enfance (autour de 6-7 ans)
- Anxiété de séparation : début à milieu de l'enfance (autour de 7-8 ans)
- Anxiété généralisée : fin de l'enfance (autour de 10-12 ans)
- Phobie sociale : début de l'adolescence (autour de 11-13 ans)
- TOC : milieu de l'adolescence (autour de 13-15 ans)
- Trouble panique : début de l'âge adulte (autour de 22-24 ans)

Evolution

Les troubles anxieux sont parmi les formes de psychopathologie les plus stables et ne présentent que relativement peu de rémission spontanée. Les enfants anxieux présentent un risque augmenté d'autres troubles durant l'adolescence et à l'âge adulte. Des études longitudinales ont montré que les enfants anxieux présentent un risque majoré d'anxiété et de troubles de l'humeur à l'adolescence et un risque augmenté d'anxiété, de trouble de l'humeur, d'addiction ainsi que de suicide à l'âge adulte (Last et al, 1997 ; Pine et al, 1998).

Caractéristiques démographiques

De manière intéressante, l'anxiété chez l'enfant est très peu influencée par des marqueurs démographiques. Il existe des preuves qu'un faible niveau socioéconomique pourrait être un facteur de risque d'anxiété, mais les résultats sont imprécis et le degré de risque est faible. De même, certaines études ont pointé le fait que les enfants atteints en particulier de phobie sociale seraient plus souvent des aînés, mais d'autres études ont échoué à confirmer ces observations. La plupart des autres caractéristiques démographiques ne s'est pas révélée pertinente pour prédire l'anxiété. Ainsi les enfants anxieux ne sont pas caractérisés par la taille de la famille, le statut marital parental, le niveau d'éducation ou d'intelligence (Rapee et al, 2009).

EVALUATION

L'évaluation clinique inclut généralement l'association de questionnaires, d'entretiens et d'observations comportementales. Pourtant, dans la plupart des situations cliniques, un entretien clinique et un petit nombre de questionnaires suffiront.

Entretien à visée diagnostique

Plusieurs entretiens structurés à visée diagnostique existent afin d'évaluer la présence ou non des critères du DSM ou de la CIM pour les troubles mentaux de l'enfant, et en particulier l'anxiété. La plupart des entretiens inclut un grand nombre de questions dans le but de cibler chacun des critères diagnostiques pertinents et ils diffèrent généralement dans leur degré de structuration. Parmi les plus largement utilisés :

- *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia* (K-SADS)
- *Development and Wellbeing Assessment* (DAWBA)
- *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC)

Si l'objectif est d'étudier plus spécifiquement l'anxiété, l'*Anxiety Disorders Interview Schedule for Children* (ADIS-C) (Silverman & Albano, 1996) est intéressant car spécifiquement centré sur ces troubles. Pour les très jeunes enfants, le *Preschool Age Psychiatric Assessment* (PAPA) est un instrument utile (Egger et al, 2006). La plupart des entretiens structurés implique des entretiens séparés avec les parents et l'enfant (au moins lorsque l'enfant a 8 ans ou plus) et c'est ensuite le rôle du clinicien de faire la synthèse des informations obtenues.

Comme pour la plupart des troubles de l'enfant, les informations sur le trouble anxieux obtenues des parents et de l'enfant présentent souvent des aspects discordants. Le jugement clinique et l'expérience sont nécessaires afin de déterminer quelles sont les informations les plus pertinentes et de parvenir à combiner et synthétiser ces informations (cf. le chapitre A.3 pour une analyse détaillée de ces enjeux). Les enfants anxieux sont souvent de « bons simulateurs » (Kendall & Chansky, 1991), en d'autres termes, capables de nier se sentir anxieux ou de fournir des réponses qu'ils pensent être socialement acceptables. Pourtant, de nombreux parents sont aussi anxieux (point que nous approfondirons plus loin) et dans certains cas exagéreront les difficultés de leur enfant du fait de leur propre anxiété. Par conséquent, la personne qui fait passer l'entretien devra réussir à obtenir suffisamment de détails, pour lui permettre de repérer les informations

les plus significatives et, à contrario, celles qui, pour diverses raisons, ne sont pas pertinentes.

Cliniquement, faire la distinction entre des troubles spécifiques peut s'avérer difficile. Comme décrit précédemment, il est important de déterminer les motivations profondes derrière les comportements particuliers, afin d'identifier les diagnostics précis. Par exemple, les jeunes enfants qui font un caprice quand leurs parents ont prévu de sortir peuvent agir ainsi du fait de l'attention et des récompenses éventuelles qu'ils vont recevoir, mais aussi par crainte de la séparation. Cliniquement, une fois que tous les comportements, motivations et critères diagnostiques ont été déterminés et qu'il a été constaté qu'un enfant présente les critères pour deux (ou plus) troubles bien distincts, il est généralement utile de déterminer lequel des troubles est *premier* ou *prédominant*. La plupart des auteurs comprend le diagnostic principal comme celui qui a les plus grandes répercussions ou interférences dans la vie de l'enfant. Ce trouble est alors souvent le premier ciblé par le travail thérapeutique. La majorité des évaluations empiriques de traitements dans l'anxiété chez l'enfant a été réalisée chez des enfants dont le diagnostic principal était celui de troubles anxieux. Dans certains cas néanmoins, il peut s'avérer plus important de comprendre quel est le trouble qui constitue le *problème de fond* ou *déclencheur*. Par exemple, un enfant souffrant de dépression, d'isolement et d'un sentiment de brimades à cause de sa phobie sociale pourra répondre mieux au traitement si celui-ci cible en priorité la phobie sociale, qu'elle constitue ou non le trouble principal. Dans certains cas, un problème particulier peut interférer avec la réponse au traitement et peut donc requérir initialement une attention spéciale, même s'il ne constitue pas le trouble principal. Par exemple, un enfant dont l'anxiété semble être le problème central, mais chez qui une dépression surajoutée entraîne une baisse de motivation pourra nécessiter un traitement qui ciblera d'abord la dépression et la motivation avant qu'il soit capable de s'engager dans un traitement de son anxiété.

Questionnaire de mesure de l'anxiété de l'enfant

La sévérité et l'étendue de la symptomatologie anxieuse peuvent être mesurés à l'aide de plusieurs questionnaires standardisés. La plupart de ces outils ont montré une bonne validité psychométrique à partir de 8-9 ans et peuvent être utilisés jusqu'à la fin de l'adolescence. Dès le milieu de l'adolescence, les outils de mesure pour l'adulte sont applicables. Il existe très peu d'outils d'évaluation chez le très jeune enfant.

Quelques questionnaires contiennent des sous-échelles qui ciblent des sous-catégories diagnostiques comme l'anxiété de séparation, la phobie sociale ou l'anxiété généralisée. La plupart ont des versions correspondantes pour l'enfant et pour les parents. Ils incluent :

- *Spence Children's Anxiety Scale* (SCAS) (free of charge)
- *Screen for Anxiety and Related Disorders* (SCARED)
- *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (MASC)

Un questionnaire similaire a récemment été développé pour les enfants d'âge préscolaire, à compléter par leurs parents uniquement – le *Preschool Anxiety Scale, Revised* (PAS-R) (gratuit et disponible en plusieurs langues).



Cliquez sur la photo pour voir le site du Centre pour la Santé des Emotions où les CATS, SAS-TR, CALIS ou encore le PASR peuvent être téléchargés. Certaines de ces échelles sont disponibles dans d'autres langues que l'anglais.

Plusieurs questionnaires plus anciens ciblent l'évaluation globale du degré d'anxiété. Ils incluent :

- *Revised Children's Manifest Anxiety Scale* (RCMAS)
- *State Trait Anxiety Inventory for Children* (STAIC)
- *Beck Anxiety Inventory for Youth*

Un questionnaire similaire évaluant les symptômes internalisés renseigné par les parents a aussi été développé pour les enfants d'âge préscolaire – *Children's Moods, Fears and Worries* (Bayer et al, 2006).

Parfois, des échelles plus spécifiques et détaillées centrées sur une forme particulière d'anxiété peuvent être requises. Dans ces cas, quelques outils ciblent certains aspects spécifiques de l'anxiété :

- *Fear Survey Schedule for Children Revised* (FSSCR)
- *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAIC)
- *Social Anxiety Scale for Children - Revised* (SASC-R)
- *Children's Anxiety Sensitivity Index* (CASI) (Silverman et al, 1991)

Pour finir, quelques échelles issues de notre centre peuvent être utiles car elles ciblent des aspects particuliers des troubles anxieux. La *Children's Automatic Thoughts Scale* (CATS) est utile pour mesurer les croyances spécifiques des enfants et adolescents dans un certain nombre de troubles anxieux. Deux des sous-échelles sont spécifiques de l'anxiété : les croyances liées aux appréhensions sociales et physiques. Les autres sous-échelles évaluent les croyances liées aux échecs personnels et à l'hostilité. La *School Anxiety Scale -Teacher Report* (SAS-TR) offre un outil de mesure de l'anxiété de l'enfant qui peut être rempli par l'enseignant de l'enfant. Cette mesure fournit une source d'informations additionnelles qui peuvent étoffer le tableau clinique de l'enfant anxieux. Enfin, la *Children's Anxiety Life Interference Scale* (CALIS) fournit 2 mesures parallèles (une faite par l'enfant, l'autre par un parent) qui détermine le degré de répercussion de l'anxiété de l'enfant sur la vie de l'enfant et de la famille.

FACTEURS DE RISQUE ET DE MAINTIEN

Transmission familiale

L'anxiété est souvent familiale. Les apparentés de premier degré de personnes anxieuses ont souvent un risque augmenté d'anxiété comme de troubles de l'humeur. C'est encore plus vrai pour l'anxiété de l'enfant et de l'adolescent. Les enfants anxieux ont très souvent des parents anxieux et les parents avec des troubles anxieux auront très souvent des enfants anxieux (Rapee et al, 2009). Ces correspondances surviennent, de façon plus générale pour les tempéraments apparentés à l'anxiété (cf. infra). Les adultes avec des troubles anxieux auront plus souvent des enfants très inhibés et les enfants inhibés ont assez souvent des parents avec des troubles anxieux ou thymiques (Rosenbaum et al, 1993).

Une découverte importante concerne les spécificités de la transmission familiale de l'anxiété. Ainsi plusieurs études ont montré que les personnes atteintes d'un trouble anxieux spécifique (par exemple la phobie sociale) sont plus à risque d'avoir des apparentés du premier degré avec le même trouble (phobie sociale) plutôt qu'un autre trouble anxieux. En revanche la recherche de facteurs génétiques

n'a pas montré de spécificité (voir plus loin). Bien entendu la transmission familiale est la combinaison d'influences génétiques et environnementales et il est naturel de faire l'hypothèse que la transmission génétique confère un risque global que l'environnement familial pourra éventuellement contribuer à concrétiser sous la forme d'un trouble spécifique.

Facteurs génétiques

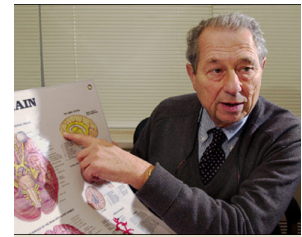
Il y a peu de doute concernant l'héritabilité du trouble anxieux. Les meilleures estimations considèrent qu'environ 40% de la variabilité dans les symptômes anxieux et dans le diagnostic sont dus à des facteurs génétiques. Ces chiffres sont encore plus importants si l'on étudie la stabilité de l'anxiété dans le temps. Les recherches centrées sur les premières années, quoique moins nombreuses, ont montré des résultats analogues. 2 études sur l'anxiété chez l'enfant retrouvent une variabilité de 30 à 40% attribuable à l'hérédité en ce qui concerne les symptômes et les troubles (Gregory & Eley, 2007). Il existe des preuves (mais limitées) que l'héritabilité des tempéraments à risque d'anxiété (inhibition...) est légèrement plus élevée (Rapee & Coplan, 2010). Comme déjà souligné, le risque génétique pour les troubles anxieux semble être très général et semble conduire à des configurations à risque globalement augmenté comme le tempérament névrosé (Gregory & Eley, 2007).

Les études sur les gènes de l'anxiété sont peu nombreuses et, pour l'instant, il n'existe pas de lien établi entre un gène spécifique et l'anxiété. De nombreux candidats ont été étudiés, la plus exploré étant la région promotrice du transporteur de la sérotonine (5HTTLPR). Néanmoins, les polymorphismes de ce gène ont été associés à différents troubles et il est peu probable qu'il joue un rôle spécifique dans l'anxiété. En fait, une théorie postule qu'avoir 2 allèles courts du gène 5HTT pourrait augmenter la susceptibilité aux événements de l'environnement (Belsky et al, 2009).

Les facteurs liés au tempérament

Le risque lié au tempérament est sans doute le facteur de risque le plus étudié et le plus pertinent (Fox et al, 2005; Rapee et al, 2009). Un certain nombre de tempéraments proches ont été associés à l'anxiété de l'enfant : inhibition comportementale, retrait, timidité et crainte. Je désignerai ici par inhibition ces différents tempéraments. Des recherches poussées ont montré que les jeunes enfants qui semblent très inhibés sont à risque de développer des troubles anxieux. Comme déjà évoqué, un lien a été fait entre l'inhibition et les troubles anxieux chez les apparentés du premier degré. L'inhibition chez l'enfant se mesure habituellement entre 2 et 5 ans. Cela peut être fait grâce à des questionnaires ou par l'observation directe. Les principales caractéristiques de l'inhibition sont :

- Peur du changement
- Difficultés à sympathiser avec les étrangers ou les pairs
- Peu de sourires
- Proximité importante avec les figures d'attachement
- Peu d'échanges verbaux
- Contacts oculaires limités ou regards timides
- Peu d'appétence pour la découverte de situations nouvelles



Jerome Kagan, professeur de psychologie à Harvard, est l'un des chercheurs qui a développé le concept de tempérament, qu'il définit comme l'association de comportements et de réactions émotionnelles stables et qui apparaissent tôt dans la vie. Il en décrit 2 types : inhibé et désinhibé. Le premier désigne des enfants timides, en retrait et craintifs, et le second des enfants extravertis, sociables et intrépides.

La peur de l'étranger semble pouvoir être aggravée par l'association entre le tempérament de l'enfant et les indices de crainte chez la mère.

Les enfants qui présentent ces caractéristiques à l'école maternelle ont un risque 2 à 4 fois supérieur de présenter un trouble anxieux durant l'enfance et ce risque se maintient au moins durant l'adolescence (Fox et al, 2005). De plus, les nourrissons (3-6 mois) très excitables et émotifs sont plus à risque d'être inhibés à l'âge de 2 à 5 ans. Ainsi, il semble possible d'identifier des facteurs de risque de l'anxiété dès le plus jeune âge (Kagan & Snidman, 1991).

En théorie, la principale limite de ces recherches est le chevauchement important entre le concept d'inhibition et les troubles anxieux. Ainsi on pourrait penser que l'inhibition est simplement une forme ou une manifestation précoce d'un trouble anxieux. Il existe des preuves qu'inhibition et trouble anxieux ont des caractéristiques propres et sont donc des entités différentes, mais la question n'est pas résolue (Rapee & Coplan, 2010).

Facteurs parentaux et familiaux

Etant données les preuves déjà décrites de la transmission de l'anxiété au sein des familles, il apparaît que les parents et l'environnement familial doivent contribuer au développement des troubles anxieux. Pourtant, les preuves sont difficiles à obtenir et les données ne sont pas complètement acquises. La recherche la plus avancée s'est centrée sur la parentalité et les interactions parents/enfants.

Il y a maintenant peu de doutes sur le fait que l'éducation des enfants anxieux est caractérisée par la *surprotection*, *l'intrusion* et, dans une moindre mesure, la *négativité* (McLeod et al, 2007). Il est plus difficile de savoir si cette relation est causale et, jusqu'ici, cela a été peu étudié. Certaines théories soutiennent que les interactions parents/enfants sont le reflet d'interactions circulaires. Ainsi il est probable que les enfants inhibés favorisent la surprotection de leurs parents et, qu'en retour, une éducation surprotectrice favorise l'anxiété (Hudson & Rapee, 2004; Rubin et al, 2009). Peu d'études longitudinales ont évalué cette relation, mais il existe quelques arguments en faveur de cette théorie (Edwards et al, 2010). Il existe aussi des preuves que l'interaction entre le transporteur de la sérotonine et la parentalité est prédictive du développement de l'anxiété chez l'enfant (Fox et al, 2005).

On suppose que les parents anxieux sont un facteur de risque d'anxiété chez leurs enfants par la transmission de leurs propres craintes et stratégies d'adaptation. Cette théorie n'a pourtant été que très peu étudiée. La principale recherche vient d'un laboratoire qui a étudié les très jeunes enfants. Cette recherche a montré que les enfants âgés de 6 à 18 mois peuvent apprendre à craindre et à éviter un nouveau stimulus en observant leur mère agir de manière craintive. De façon encore plus nette, il a été montré que les mères anxieuses socialement transmettent la crainte de l'étranger à leurs enfants et que le degré de peur que l'enfant développe dépend notamment du degré d'inhibition préexistante de son tempérament (de Rosnay et al, 2006). Ainsi il semble que la peur de l'étranger peut être augmentée par l'association entre le tempérament de l'enfant et les signaux directs de peur chez la mère. Chez les enfants plus âgés, il a été montré que des informations verbales sur un danger peuvent augmenter la crainte d'un signal particulier. Par exemple, quand un élément nouveau est présenté à des enfants d'une manière suggérant qu'il peut être dangereux, cela entraîne de la crainte, un hyperéveil physiologique, des croyances négatives et un évitement de ce signal, qui peut durer plusieurs mois (Field, 2006).

Finalement, une question importante est de savoir si un environnement familial perturbé joue un rôle dans le développement de l'anxiété. Il existe de nombreuses études longitudinales étudiant l'impact sur le long terme de la détresse et de la violence familiale, de la séparation des parents et des abus physiques ou sexuels, mais peu de ces travaux se sont intéressés clairement aux troubles anxieux. Au premier plan, il semble que les abus sexuels - et dans une moindre mesure les abus physiques et la violence familiale - peuvent augmenter l'anxiété chez l'enfant. Pourtant cette augmentation semble temporaire et il n'est pas prouvé que ces facteurs contribuent de façon significative au développement de troubles anxieux sur le long terme. Il semble surtout que ces facteurs sont relativement non spécifiques et augmentent le risque de développer un grand nombre de troubles différents, les troubles anxieux étant probablement les moins fréquents en l'occurrence (Rapee, in press).

Evénements de vie

Bien qu'il y ait de nombreux travaux examinant le rôle des événements de vie négatifs dans le développement des troubles anxieux chez l'adulte (notamment l'agoraphobie), il n'y a que peu d'études comparables chez l'enfant. C'est peut-être dû au fait que chez l'enfant l'anxiété se développe sur un fond de tempérament inhibé et qu'un début net et soudain au trouble semble rare. Les quelques recherches existantes suggèrent que les enfants anxieux rapportent des événements de vie négatifs en plus grand nombre et avec un plus grand impact. Bien qu'il soit possible que cette différence reflète des biais de déclaration et des biais cognitifs, certains travaux ont néanmoins démontré cette différence à l'aide d'entretiens avec les parents (Allen et al, 2008). Pourtant, prouver que les enfants anxieux subissent davantage d'événements négatifs que les enfants non-anxieux ne prouve pas nécessairement que ces événements entraînent ou déclenchent leur anxiété.

En effet les études suggèrent que les plus grandes différences sont retrouvées pour les événements de vie dits « dépendants ». Ce sont les événements qui peuvent résulter du comportement de l'enfant (ainsi rater un contrôle peut être le résultat d'un manque de travail). Ainsi il est probable que l'anxiété chez l'enfant entraîne davantage d'événements de vie négatifs, peut-être à cause de l'inquiétude et de l'évitement liés à l'anxiété. Bien sûr il est aussi possible que cette augmentation du stress entraîne, en retour, un maintien ou une augmentation de l'anxiété.

Une forme d'événements de vie qui a particulièrement attiré l'attention, c'est l'accumulation de *brimades et de taquineries*. Les preuves sont nombreuses montrant que les enfants anxieux sont plus à risque d'être embêtés ou harcelés et qu'ils sont souvent ignorés voire rejetés par leurs pairs (Grills & Ollendick, 2002). Là encore le lien de cause à effet n'est pas clair mais il est probable que les enfants anxieux suscitent les brimades par leur comportement et qu'en retour ces brimades augmentent leur anxiété.

Biais cognitifs

Les enfants anxieux ont un niveau d'appréhension et de crainte augmenté. Jusqu'à un certain point, cela définit le diagnostic mais l'on considère également que cela constitue une caractéristique centrale de son maintien. Bien qu'il y ait des chevauchements considérables, les appréhensions anxieuses sont, dans une certaine mesure, spécifiques. Ainsi, les enfants avec phobie sociale sont plus à risque de



Cliquez sur l'image pour entendre Eli R Lebowitz PhD parler des TCC dans les troubles anxieux de l'enfant (13:14 minutes)

Les taux de guérison atteignent 50 à 60% en fin de traitement (programmes de TCC ou programmes basés sur les habiletés) et atteignent même 70 à 80% dans les 12 mois qui suivent la fin du traitement.

présenter des appréhensions anxieuses vis-à-vis des situations de socialisation (“les autres enfants ne vont pas m’aimer”), les enfants atteints d’anxiété de séparation présenteront des appréhensions centrées sur les menaces physiques (« mes parents vont être blessés ») et ainsi de suite. Des données suggèrent que ces appréhensions anxieuses sont plus fréquentes chez les enfants anxieux que chez les enfants avec d’autres psychopathologies et qu’elles diminuent avec le succès des traitements (Schniering & Lyneham, 2007). Ce qui n’est pas clair, c’est si elles sont liées au début de l’anxiété ou n’en sont que le reflet.

Des recherches plus récentes se sont centrées sur la façon dont les enfants anxieux traitaient les informations menaçantes (Hadwin et al, 2006). Comme c’est le cas chez l’adulte, les enfants anxieux présentent à la fois des biais dans l’attention accordée aux menaces et dans l’interprétation ambiguë d’informations dans le sens d’une menace. Des recherches ont montré que ces biais s’atténuent avec l’efficacité des traitements.

TRAITEMENT

Psychopharmacologie

La prise en charge pharmacologique de l’anxiété de l’enfant est centrée sur les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS). Des recherches antérieures sur les TOC avaient utilisé les antidépresseurs tricycliques : elles sont abordées dans le chapitre F3. Plusieurs études ont démontré l’efficacité des ISRS tels la fluoxétine, la sertraline et la paroxétine dans le traitement des troubles anxieux en général, même si la plupart des études se sont initialement centrées sur les TOC (Ipser et al, 2009). Peu de différences sont apparues entre les diverses molécules, mais la paroxétine n’est pas recommandée chez l’enfant. La durée moyenne de traitement est d’environ 10 à 15 semaines. Les taux de réponse en fin de traitement sont d’environ 50% à 60%, comparés aux 30% de réponse sous placebo. Malheureusement l’efficacité à long terme a été peu étudiée ; mais des données de la littérature semblent indiquer que l’effet des traitements pourrait se stabiliser au bout de 8 semaines (Ipser et al, 2009). Les effets indésirables sont relativement peu fréquents mais surviennent tout de même de façon significative et plus de 7% des enfants sous ISRS stoppent leur traitement à cause des effets adverses. Les tendances suicidaires doivent être surveillées chez tous les enfants sous ISRS (pour plus détail, voir le chapitre A.8 et le tableau A.8.1).

Programmes d’entraînement aux habiletés

Les prises en charge psychothérapeutiques les plus validées sont regroupées sous le vocable de thérapie cognitives et comportementales ou traitements basés sur les habiletés. Le principe est d’apprendre à l’enfant (et parfois à ses parents) des techniques spécifiques pour gérer l’anxiété. La plupart des thérapies comprend des approches globales ou des combinaisons de techniques. Les techniques de traitement spécifiques comprennent :

- Psychoéducation
- Relaxation
- Exposition *in vivo* ou en imagination
- Gestion de crise
- Education parentale

Table F.1.2 Sessions et composantes du programme Cool Kids.

Session	Couverture - Enfant	Couverture - Parents
1	Psychoéducation	Psychoéducation et rationnel de l'intervention
2	Restructuration cognitive	Restructuration cognitive pour les parents et l'enfant
3	Pratique de restructuration cognitive	Pratique de restructuration cognitive. Gestion des habiletés de l'enfant
4	Exposition in vivo et travail de hiérarchisation	Exposition in vivo et travail de hiérarchisation
5	Gestion des difficultés à l'exposition	Gestion des difficultés à l'exposition
6	Exercice d'exposition et restructuration cognitive	Exercice d'exposition, restructuration cognitive et gestion de l'enfant
7	Technique d'affirmation et habiletés sociales	Moyens d'améliorer l'affirmation et la socialisation
8	Taquineries et brimades	Taquineries et brimades
9	Pratique et révision	Pratique et révision
10	Pratique, révision et prévention des rechutes	Pratique, révision et prévention des rechutes

- Restructuration cognitive
- Entraînement aux habiletés sociales et à l'affirmation de soi

Les programmes de traitement durent classiquement 8 à 15 semaines, sur des sessions d'1 à 2 heures, en groupe ou en individuel. Les résultats montrent un taux de guérison de 50% à 60% à la fin du traitement et atteignent 70% à 80% dans les 12 mois suivant la fin du traitement (James et al, 2006). Quelques études ont montré un maintien des gains thérapeutiques 6 à 8 ans après la fin du traitement (p. ex. Kendall et al, 2004).

Un certain nombre d'études a essayé d'identifier les facteurs influençant l'efficacité des interventions. Il existe peu de preuves d'une différence selon que l'intervention se fait en individuel ou en groupe. Une question plus pertinente semble être le degré d'implication nécessaire des parents et la nécessité éventuelle de leur apprendre des techniques spécifiques. Les preuves sur cette question sont limitées mais indiquent généralement un bénéfice, quoique faible, à l'implication des parents dans la prise en charge (Creswell & Cartwright-Hatton, 2007). Pourtant les études sur cette question ont rarement pris en compte l'âge de l'enfant. De façon prévisible, il existe des arguments dans la littérature qui suggèrent que l'implication des parents est importante en terme de bénéfice thérapeutique pour les jeunes enfants, mais beaucoup moins chez les adolescents (Barrett et al, 1996).

Une autre question pertinente est l'influence des comorbidités diagnostiques sur l'efficacité du traitement. Étonnamment, la majorité des recherches n'ont pour l'instant pas montré une moins bonne réponse au traitement chez les enfants anxieux avec comorbidité. Autrement dit, les enfants anxieux semblent répondre aussi bien aux traitements basés sur l'apprentissage de compétences quand ils présentent des difficultés associées de type anxiété, dépression ou troubles externalisés (Ollendick et al, 2008). Néanmoins les résultats pour la dépression sont imprécis ; quelques études suggèrent que la comorbidité dépressive pourrait

Table F.1.3 Le traitement des troubles anxieux de l'enfant

- *Première ligne* : Traitement de faible intensité – incluant livres (bibliothérapie), CD ou programme internet (e-thérapie). Parfois non recommandé en cas d'urgence (p. ex. refus scolaire chronique) ou de risque élevé (p. ex. idées suicidaires), ou en cas de relation parents-enfant très altérée.
- *Si refus de tenter ce traitement* – le traitement de faible intensité est alors à éviter – ou si non amélioration avec le traitement de faible intensité, proposer les TCC ou les traitements basés sur les habiletés, avec un praticien qualifié, sauf si le patient refuse le traitement basé sur les habiletés ou si les TCC sont impossibles.
- *Si absence d'amélioration* après un traitement par un clinicien expérimenté suffisamment long (12-20 semaines), refus d'un traitement basé sur les habiletés ou TCC impossibles, envisager un traitement médicamenteux.
- Quand les patients sont traités par médicament – seul ou associé aux TCC (traitement multimodal) – garder à l'esprit que :
 - Aucun médicament n'est approuvé par la US Food and Drug Administration (FDA) dans le trouble anxieux de l'enfant de moins de 6 ans (cf. tableau A.8.1). Surtout, éviter les médicaments chez les plus jeunes enfants (moins de 10 ans).
 - Bien qu'il y ait des preuves de l'efficacité des ISRS dans plusieurs troubles anxieux (TOC, phobie sociale, anxiété généralisée) (cf. tableau A.8.1), ils ne sont autorisés par la FDA aux USA que pour le traitement des TOC (mais sont autorisés « hors AMM » dans les autres troubles anxieux). Ce n'est pas forcément le cas dans d'autres pays.
 - Eviter les benzodiazépines. Elles diminuent l'anxiété sur le court terme sans preuve d'efficacité dans le traitement du trouble. Les effets indésirables sont majeurs chez l'enfant, ainsi que la dépendance.
 - Surveiller les effets indésirables, particulièrement le risque suicidaire.
 - Consultations régulières, au début hebdomadaires, puis mensuelles.
 - Evaluer la réponse à l'aide d'échelles appropriées et changer pour un autre ISRS si pas d'amélioration, ou, si ça n'a pas déjà été essayé, ajouter une TCC.



Cliquez sur la photo pour entendre le professeur Rapee parler des troubles anxieux (06:08)

réduire la réponse au traitement (Rapee et al, 2009). Une étude récente de notre unité clinique a un peu éclairé cette question. D'après nos données, il semble que la présence de comorbidités n'influence pas le degré de changement lors du traitement, mais influence l'état final. Comme les enfants avec comorbidités (en particulier troubles externalisés et dépression) ont souvent un niveau d'anxiété initial plus important, les résultats en fin de traitement sont souvent inférieurs à ceux des enfants sans comorbidité, bien que le degré de changement pendant le traitement soit comparable. Des études récentes ont commencé à montrer que les enfants avec autisme de haut niveau et comorbidité anxieuse répondent très bien au traitement de leur anxiété (Moree & Davis, 2010).

Peu d'autres facteurs prédictifs de la réponse au traitement ont été découverts. Il existe des hypothèses selon lesquelles une psychopathologie parentale

- anxiété ou dépression parentale - entraînerait de plus mauvais résultats ; mais certaines études n'ont pas retrouvé cette tendance. D'autres facteurs, comme le statut marital, l'éducation parentale et la taille de la famille, pourraient avoir un effet modéré. Une étude récente a montré que le statut génétique pourrait être prédictif de la réponse au traitement. Les enfants avec des allèles courts du gène 5HTTLPR ont montré une meilleure réponse au traitement durant le suivi que les enfants avec deux allèles longs (Eley et al, in press). Bien entendu ces résultats prometteurs doivent être confirmés.

Un exemple de programme : *Cool Kids*

Il existe plusieurs programmes d'entraînement basés sur les habiletés pour la gestion des troubles anxieux chez les jeunes, tous assez similaires. A titre d'exemple, je décrirai notre programme : *Cool Kids*. *Cool Kids* est un traitement protocolisé pour des patients anxieux de 7 à 17 ans. Les consignes détaillées pour les thérapeutes sont accompagnées d'un livre de travail pour les parents et l'enfant. Des livres de travail et des structures légèrement différentes sont utilisées pour les enfants plus jeunes (7-12) et plus âgés (13-17). Il existe aussi des versions modifiées pour les enfants avec autisme, les adolescents avec comorbidité dépressive et pour les familles qui ne peuvent pas se rendre en consultation pour un traitement en face-à-face.

Le protocole *Cool Kids* comprend généralement 10 sessions sur 12 semaines. Les parents en sont une composante intégrale et sont présents à chaque session pour les enfants et légèrement moins quand le traitement concerne des adolescents. Le programme peut être délivré en groupe ou individuellement. La durée standard des sessions est de 60 minutes en individuel et 120 minutes en groupe. Des aspects différents sont traités avec les enfants et les parents. Les sessions et les composantes de *Cool Kids* sont indiquées dans le tableau F.1.2.

L'efficacité globale de *Cool Kids* est bonne et, comme décrit précédemment, il existe peu de facteurs prédictifs négatifs. Nous incluons généralement les enfants dont le trouble anxieux est le trouble principal (le plus gênant), notamment les TOC, et il est rare d'inclure un enfant du fait de comorbidités. Nos données montrent peu de différences de résultats. En fait, le seul groupe qui semble répondre un peu moins bien est celui des phobies sociales. Les thérapeutes formés en psychologie clinique, habitués à travailler avec les enfants et formés aux thérapies cognitives et comportementales peuvent conduire le programme ; des ateliers de formation sont régulièrement conduits dans nos centres. Pour l'instant, les manuels ont été traduits en plusieurs langues incluant l'espagnol, le coréen, le chinois, le turque et certaines langues scandinaves.

PREVENTION ET INTERVENTION PRECOCE

Etant donné les progrès des connaissances sur les facteurs de risque de l'anxiété de l'enfant, la question des interventions très précoces et de la prévention s'est développée. De plus, la meilleure compréhension des enjeux psychopathologiques de santé publique a favorisé la prise de conscience du fait que beaucoup d'enfants sont très anxieux sans pour autant réunir les critères d'un authentique trouble anxieux et sont en souffrance avec des répercussions sur leur vie quotidienne. En conséquence, de récents travaux ont commencé à évaluer des programmes de prévention et d'intervention précoce dans l'anxiété (Lyneham

& Rapee, in press). Ces programmes couvrent tous les niveaux d'intervention : universelle, sélective et indiquée.

Plusieurs programmes ont démontré l'efficacité de plans de gestion de l'anxiété utilisés de façon systématique dans des sous-populations d'écoliers. Ces programmes associent de façon assez classique éducation, relaxation, restructuration cognitive et exposition *in-vivo*; ils incluent souvent des techniques spécifiques comme la communication et la résolution de problèmes. Ainsi peut-on les considérer comme des *programmes de santé centrés sur les émotions* dont l'objectif est d'apprendre aux enfants à gérer les émotions perturbantes. Les résultats manquent de cohérence mais ont globalement montré une réduction de l'anxiété, souvent à partir de faibles effectifs (Bayer et al, 2009). Comme ce sont des programmes de prévention universels qui ne ciblent pas des groupes à haut risque, une taille d'effet modeste sera significative à l'échelle d'une population entière.

Les programmes *sélectifs* ciblent les enfants qui présentent des symptômes d'intensité parfois sévère mais insuffisants pour poser un diagnostic de trouble anxieux. On suppose que ces enfants présentent un risque accru de développer des troubles en grandissant ; leur apprendre des techniques de gestion de leur anxiété est donc un moyen efficace de prévention. De plus, même s'ils ne développent pas de trouble anxieux, la détresse, même modérée, et les interférences dans leur vie quotidienne en font des cibles de choix pour l'entraînement aux habiletés, d'autant qu'ils sont peu nombreux à consulter. Comme c'est l'usage avec les programmes universels de prévention, la majorité de ces interventions s'adresse à des populations scolaires. Il existe de nombreuses méthodes de repérage des enfants à fort niveau d'anxiété, mais la plupart des essais ont jusqu'ici associé des signalements par les élèves eux-mêmes et par leur professeurs. Encore une fois, le contenu de ces programmes est très similaire (voire identique) à ceux des programmes cliniques de traitement. Les résultats ont généralement montré une réduction significative de l'anxiété suite aux interventions, souvent avec une taille d'effet modérée (Mifsud & Rapee, 2005). Certaines études ont montré des bénéfices stables dans les 2 ans suivant l'intervention (Dadds et al, 1999).

Peu d'études ont finalement étudié les programmes indiqués de prévention de l'anxiété – c.-à-d. les programmes ciblant les enfants avec de hauts scores de risque d'anxiété. Les enfants cibles ont le plus souvent été sélectionnés sur la base d'un tempérament avec haut niveau d'inhibition, mais le critère des parents très anxieux a aussi été utilisé. Dans la seule étude sur le long terme conduite à ce jour, nous avons développé une version modifiée du *Cool Kids* baptisée *Cool Little Kids*. Le programme cible les parents d'enfants inhibés d'âge préscolaire et comprend 6 sessions de groupe. Les objectifs principaux consistent à réduire la surprotection parentale et à encourager l'exposition in-vivo des enfants. A l'âge de 7 ans, les enfants dont les parents ont suivi ce programme montrent un nombre de symptômes anxieux significativement inférieurs et moins de diagnostic d'anxiété comparé aux enfants dont les parents n'ont pas suivi ce programme (Rapee et al, 2010).

CONCLUSION

Les deux dernières décades ont marqué un progrès spectaculaire dans notre compréhension du développement et de la prise en charge du trouble anxieux de l'enfant. De nombreux points doivent encore être éclaircis et il reste un long

chemin à parcourir, mais dès à présent les enfants anxieux peuvent être compris, reconnus et évalués de façon complète. Des traitements existent pour la majorité des patients et des programmes de prévention de l'anxiété sont expérimentés. Plusieurs programmes de recherche prometteurs sont en cours de développement et nous attendons des avancées significatives dans les années à venir. Cela inclut :

- Une meilleure compréhension des facteurs de risque de l'anxiété grâce à des recherches longitudinales
- Une meilleure évaluation de l'interaction gène/environnement dans le développement de l'anxiété
- Une meilleure compréhension de l'interaction entre pairs dans l'anxiété et de leur influence sur son développement
- De meilleures méthodes de diffusion des traitements, par exemple grâce à internet et aux programmes à distance (télémédecine)
- L'évaluation des nouveautés susceptibles d'améliorer les traitements comme les outils de consolidation mnésique ou les biais de modification cognitive.

REFERENCES

- Allen JL, Rapee RM, Sandberg S (2008). Severe life events and chronic adversities as antecedents to anxiety in children: A matched control study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36:1047-1056.
- Barrett PM, Dadds MR, Rapee RM (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64:333-342.
- Bayer JK, Hiscock H, Scalzo K et al (2009). Systematic review of preventive interventions for children's mental health: what would work in Australian contexts? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43: 695-710.
- Bayer JK, Sanson AV, Hemphill SA (2006). Children's moods, fears, and worries: Development of an early childhood parent questionnaire. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 14:41-49.
- Belsky J, Jonassaint C, Pluess M, Stanton M et al (2009). Vulnerability genes or plasticity genes? *Molecular Psychiatry*, 14:746-754.
- Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M et al (2004). The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico. *Archives of General Psychiatry*, 61:85-93.
- Costello E, Mustillo S, Erkanli A et al (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*, 60:837-844.
- Creswell C, Cartwright-Hatton S (2007). Family treatment of child anxiety: outcomes, limitations and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10:232-252.
- Dadds MR, Holland DE, Laurens KR et al (1999). Early intervention and prevention of anxiety disorders in children: Results at 2-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67:145-150.
- de Rosnay M, Cooper PJ, Tsigaras N et al (2006). Transmission of social anxiety from mother to infant: An experimental study using a social referencing paradigm. *Behaviour Research and Therapy*, 44:1165-1175.

- Edwards SL, Rapee RM, Kennedy S (2010). Prediction of anxiety symptoms in preschool-aged children: Examination of maternal and paternal perspectives. *Journal of Child Psychology & Psychiatry*, 51:313-321.
- Egger HL, Erkanli A, Keeler G et al (2006). Test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45:538-549.
- Eley TC, Hudson JL, Creswell C et al (in press). The serotonin transporter promoter polymorphism (5HTTLPR) predicts response to cognitive behavioral therapy in children with anxiety disorders. *Molecular Psychiatry*.
- Field AP (2006). Is conditioning a useful framework for understanding the development and treatment of phobias? *Clinical Psychology Review*, 26:857-875.
- Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ et al (2005). Behavioral inhibition: Linking biology and behavior within a developmental framework. *Annual Review of Psychology*, 56:235-262.
- Fox NA, Nichols KE, Henderson HA et al (2005). Evidence for a gene-environment interaction in predicting behavioral inhibition in middle childhood. *Psychological Science*, 16:921-926.
- Gregory AM, Eley TC (2007). Genetic influences on anxiety in children: What we've learned and where we're heading. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 10:199-212.
- Grills AE, Ollendick TH (2002). Peer victimization, global self-worth, and anxiety in middle school children. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31:59-68.
- Hadwin JA, Garner M, Perez-Olivas G (2006). The development of information processing biases in childhood anxiety: A review and exploration of its origins in parenting. *Clinical Psychology Review*, 26:876-894.
- Hudson JL, Rapee RM (2004). From anxious temperament to disorder: An etiological model of generalized anxiety disorder. In RG Heimberg, CL Turk & DS Mennin (Eds), *Generalized Anxiety Disorder: Advances in Research and Practice*. New York: Guilford Publications Inc; pp51-76.
- Ipser JC, Stein DJ, Hawkrigde S et al (2009). Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Issue 3): CD005170.
- James A, Soler A, Weatherall R (2006). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *The Cochrane Library*, 1:1-25.
- Kagan J, Snidman N (1991). Infant predictors of inhibited and uninhibited profiles. *Psychological Science*, 2:40-44.
- Kendall PC, Chansky TE (1991). Considering cognition in anxiety-disordered children. *Journal of Anxiety Disorders*, 5:167-185.
- Kendall PC, Safford S, Flannery-Schroeder E et al (2004). Child anxiety treatment: Outcomes in adolescence and impact on substance use and depression at 7.4 year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72:276-287.
- Last CG, Hansen C, Franco N (1997). Anxious children in adulthood: A prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36:645-652.
- Lyneham HJ, Rapee RM (in press). Prevention of child and adolescent anxiety disorders. In WK Silverman & AP Field (Eds), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Research, Assessment, and Intervention*, 2nd ed. Melbourne: Cambridge University Press.
- McLeod BD, Wood JJ, Weisz, JR (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27:155-172.
- Mifsud C, Rapee RM (2005). Early intervention for childhood anxiety in a school setting: Outcomes for an economically disadvantaged population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44:996-1004.
- Moree BN, Davis TE III (2010). Cognitive-behavioral therapy for anxiety in children diagnosed with autism spectrum disorders: Modification trends. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 4:346-354.
- Ollendick TH, Jarrett MA, Grills-Taquechel AE et al (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review*, 28:1447-1471.
- Pine DS, Cohen P, Gurley D et al (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55:56-64.
- Rapee RM (in press). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*.
- Rapee RM, Coplan RJ (2010). Conceptual relations between anxiety disorder and fearful temperament. In H Gazelle & KH Rubin (Eds), *Social Anxiety in Childhood: Bridging Developmental and Clinical Perspectives. New Directions for Child and Adolescent Development*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, Vol 127:17-31.
- Rapee RM, Kennedy S, Ingram M et al (2010). Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *American Journal of Psychiatry*, 167:1518-1525.

- Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5:311-341.
- Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy BA et al (1993). Behavioral inhibition in childhood: A risk factor for anxiety disorders. *Harvard Review of Psychiatry*, 1:2-16.
- Rubin KH, Coplan RJ, Bowker JC (2009). Social withdrawal in childhood. *Annual Review of Psychology*, 60:141-171.
- Schniering CA, Lyneham HJ (2007). The Children's Automatic Thoughts Scale in a clinical sample: Psychometric properties and clinical utility. *Behaviour Research and Therapy*, 45:1931-1940.
- Silverman WK, Albano AM (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children-IV* (child and parent versions). San Antonio: Texas: Psychological Corporation.
- Silverman WK, Fleisig W, Rabian B et al (1991). Childhood anxiety sensitivity index. *Journal of Clinical Child Psychology*, 20:162-168.
-