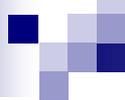


TROUBLES ANXIEUX

chez l'enfant et l'adolescent

1/10/2024

Dr FILLOLS Mélanie
Pédopsychiatre
SMPEA Peyre Plantade, CHU Montpellier



Plan

1. Introduction
2. Attaque de panique
3. Anxiété de séparation
4. Phobie spécifique
5. Phobie sociale
6. Anxiété généralisée
7. Troubles Obsessionnels Compulsifs

Introduction

- 8 à 30% des enfants et des adolescents: diagnostic pédopsychiatrie le + fréquent
- Début entre 7 et 12 ans
- 4 à 7 filles pour 1 garçon
- enfant: anxiété de séparation
- ado: anxiété généralisée et anxiété sociale
- 80% ont plusieurs troubles anxieux associés
- Autres comorbidités: TDAH-TOP
- Problèmes de fonctionnement social, familial et scolaire
- Evolution péjorative à l'âge adulte en l'absence de dépistage et de prise en charge avec faible estime de soi, difficultés d'adaptation, forte utilisation des services de santé...80% des adultes anxieux étaient anxieux avant 18 ans

Qu'est ce que l'anxiété ? Du normal au pathologique

- Angoisse: composante normale du développement.
→C'est une réponse adaptative à une situation de danger externe ou interne.
- Mais l'anxiété peut devenir une sensation pénible de danger et de peur sans objet.
→Troubles anxieux: perturbation de l'évaluation et de la régulation de la réponse à ce danger perturbant le fonctionnement global
- On considère une anxiété pathologique chez l'enfant lorsque :
 - Intensité ou durée anormale.
 - Perturbation de l'adaptation sociale et scolaire de l'enfant/de la famille.

Particularités chez l'enfant

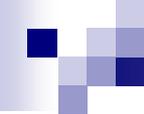
- L'angoisse est rarement verbalisée directement en tant que telle
- Elle doit être recherchée derrière :
 - des **manifestations somatiques** : céphalées, douleurs abdominales, vomissements, plaintes répétées de localisation changeante, fatigue
 - des **craintes sur la santé, la mort** (celle de l'enfant ou de membres de l'entourage)
 - des **troubles du coucher et du sommeil**: opposition au coucher, éveils anxieux, terreurs nocturnes, insomnies
 - des **troubles du comportement** : colère, instabilité, opposition, agitation ou inhibition
 - Un refus d'aller à l'école

Attaque de panique



Cliniquement

- Survenue brutale d'un état de malaise :
- ***Avec des signes psychiques*** :
 - une peur sans objet, indéfinissable, une angoisse terrible
 - peur de mourir, de s'évanouir, d'étouffer, peur de perdre le contrôle sur soi (devenir fou), de se transformer (hallucinations), ou de devenir dangereux
 - ***Et des signes physiques*** :
 - agitation, fuite ou sidération motrice
 - sueurs, palpitations/tachycardie, dyspnée/étouffement, étourdissements/vertiges, tremblements, nausées/vomissements...
 - douleurs (céphalées, abdominales)

- 
- **Début et fin brutaux** : limitée dans le temps (de quelques minutes à quelques heures)
 - Déclenchement réactionnel à un événement extérieur, à une circonstance plus ou moins clairement identifiée (actuelle ou ancienne) ou spontanée (ex : sommeil)
 - Résolution spontanée ou liée aux réactions adoptées.

Conduite à tenir

- **Dans l'immédiat** :
 - rassurer l'enfant et son entourage
 - si besoin, l'isoler en milieu sécurisant, contenant affectivement
 - Respiration abdominale, lente et superficielle (éviter l'hyperventilation → hypocapnie), défocalisation
 - si échec, prescrire momentanément un ttt anxiolytique (très rarement)
- **A plus long terme si répétition** :
 - traiter le facteur déclenchant, le terrain
 - engager un travail psychothérapeutique individuel type TCC
 - et/ou prescrire un médicament au long cours pour prévenir les récives : antidépresseurs plutôt qu'anxiolytiques

Anxiété de séparation



Définition

Anxiété excessive concernant la séparation des personnes auxquelles l'enfant est principalement attaché

- Au moins pendant 6 mois et peu importe l'âge (dans DSM 5)
- Doit causer une détresse ou une perturbation significative dans d'importants domaines de fonctionnement
- Anxiété de séparation normale à un certain degré
 - À 1 an : peur de l'étranger
 - A l'entrée à l'école
- Anxiété excessive ou inappropriée par rapport à la période de développement

Diagnostic

Au moins 3 symptômes suivants :

- détresse excessive et récurrente dans les situations de **séparation d'avec la maison ou les principales figures d'attachement**, ou en **anticipation** de telles situations
- crainte excessive et persistante concernant la **disparition des principales figures d'attachement** ou un malheur pouvant leur arriver
- crainte qu'un évènement malheureux ne vienne les séparer
- réticence persistante ou refus d'**aller à l'école** ou ailleurs en raison de la peur de la séparation
- appréhension ou réticence à **rester à la maison seul** ou ailleurs sans des adultes de confiance
- réticence ou refus d'**aller dormir** sans être à proximité de l'une des principales figures d'attachement ou d'aller dormir en dehors de la maison
- **cauchemars** répétés à thème de séparation
- **plaintes somatiques** répétées lors des séparations ou en anticipation

Etiologie

- **facteurs psychosociaux :**

- Jeunes enfants
- Enfants timides
- Attachement peu sécure, importants épisodes de séparation (maladie, hospitalisations, décès, déplacement géographique,...)
- Mère souffrant d'un trouble anxieux, préoccupations parentales anxieuses
- Apparition lors d'un évènement stressant : décès d'un proche, maladie, déménagement,...

- **facteurs « d'apprentissage » :**

- Anxiété transmise par les parents par modelage, hyperprotection des éventuels dangers.

- **facteurs génétiques:**

- La descendance directe d'adultes présentant des troubles anxieux a une prédisposition à souffrir d'une anxiété de séparation dans l'enfance.

Evolution et pronostic

- Variables, liés à l'âge de début, à la durée des symptômes, à la comorbidité
- Meilleur pronostic pour les plus jeunes qui vont encore à l'école que pour les ados qui ne vont plus à l'école depuis longtemps
- 90% récupèrent lors de la première année de prise en charge
- Prédisposition pour d'autres troubles anxieux ou troubles dépressifs

Traitement

- TCC +++
- Réassurance de l'entourage, mesures pour rassurer l'enfant dans la vie quotidienne
- Education familiale voire une thérapie familiale
- Traitement médicamenteux en 2nde intention (antidépresseurs, anxiolytiques,...)

Refus scolaire anxieux RSA

- = phobie scolaire
- Non classé dans le DSM5
- Le plus souvent en lien avec une anxiété de séparation, ou une anxiété sociale. Souvent bons élèves, anxiété de performance.
- Refus d'aller en classe pour des raisons irrationnelles avec des réactions très vives d'anxiété quand on les force. Détresse émotionnelle intense. Somatisations: céphalées, troubles intestinaux ou musculaires. Souvent après le we/vacances

- 
- Conséquence: absentéisme scolaire, désocialisation, marginalisation, isolement, majoration du trouble anxio-dépressif, chamboulement familial
 - PEC: aider au retour à l'école, réduire le handicap, prévenir les complications
 - Approche multidimensionnelle en partenariat avec les parents et l'école: scolarité au sein du CHU, consultation individuelle TCC enfant et/ou parents, IDE référent, réintégration progressive

Phobie spécifique



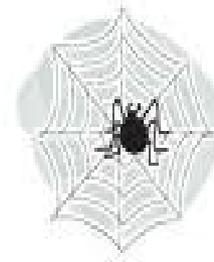
Peurs chez l'enfant

- Développement normal
- Transitoires
- Pas de répercussion sur le fonctionnement
- Petite enfance
 - étranger (9mois)
 - personnages mythiques, sorcières
 - petits animaux (4-5 ans)
 - noir (2 ans)
- Seconde enfance
 - peurs de l'école
 - peur de la mort (6-7 ans)
- Adolescence
 - peur de l'échec
 - peur sociale
 - peur des blessures corporelles



Epidémiologie

- Début entre 5 et 9 ans
- 5 à 10% de la population générale (probable sous-estimation car peu de patients consultent)
- 2 fois + de filles
- Les plus fréquents :
 - Animaux
 - Environnements naturels: orages, hauteur
 - Situation: ascenseur, transport
 - Sang-injection-maladie
- Comorbidités et devenir: autres troubles anxieux, troubles dépressifs, troubles du comportement



Formes cliniques de phobies spécifiques

Diagnostic

- Peur persistante ou répétée, d'objet ou de situation anormale par son intensité qui s'accompagne d'une altération significative du fonctionnement social, scolaire ou familial, pendant au moins 6 mois.
- Peur irrationnelle conduisant à un évitement conscient de l'objet, de l'activité ou de la situation. La présence ou l'anticipation provoque une angoisse sévère.
- L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi-systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée ou facilitée par la situation.
- Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnelle de sa peur

Traitement

- Possibilité de disparition spontanée avec le temps
- Thérapie de type TCC +++: en individuel, groupe ou famille (exposition par imagination puis in-vivo, agenda, habituation, relaxation...)
- Réassurance de l'enfant et de l'entourage
- Traitement médicamenteux: ISRS, BZD: en dernier recours
- Phobie du sang: particularités

Phobie sociale



Définition anxiété sociale

- Sentiment universel d'inconfort et d'appréhension que tout être humain peut ressentir lorsqu'il est soumis au regard et/ou au jugement d'autrui
- Trac (30%), timidité (40 à 60%): non pathologiques
- Phobie sociale (2 à 4%): intensité de la souffrance émotionnelle, importance des évitements, répercussions sur la qualité de vie

Critères DSM-5: trouble anxiété sociale

- A. Peur persistante et intense d'une ou plusieurs **situations sociales** ou bien de **situations de performance** durant lesquelles le sujet est en contact avec des **gens non familiers** ou bien peut être exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le sujet craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante
- B. L'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon **quasi systématique** une anxiété qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou bien facilitée par la situation

Critères DSM 5 (suite)

- (C. Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irraisonné de la peur) dans le DSM-4
- D. Les situations sociales ou de performance sont **évitées ou vécues avec une anxiété** et une détresse intenses
- E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situations(s) sociale(s) redoutée(s) perturbent , de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles, scolaire ou sociales, ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important
- F. On ne porte le diagnostic que si la durée est **d'au moins 6 mois**

En pratique

- Début souvent à l'adolescence (11-12 ans)
- Principales situations redoutées par l'enfant:
 - Parler en public
 - Manger en face des autres
 - Etre en classe avec les autres enfants
 - Ecrire en étant observé
 - Utiliser les toilettes publiques
 - Parler à des personnes représentant l'autorité (enseignants,...)
- Complications : dépression, isolement social, régression développementale,...

Traitement

- Traitement : TCC, possibilité d'association médicaments (ISRS)
- Principes : affirmation de soi, relaxation, expositions, jeux de rôle,
- HdJ: milieu rassurant, resocialisation, scolarisation, verbalisation, expositions, échanges avec la famille, valorisation ou renforcements positifs,...



Anxiété généralisée



Définition

- Anxiété et inquiétudes marquées présentes pendant au moins un jour sur deux, pendant au moins 6 mois
- L'anxiété et la performance concernent plusieurs évènements ou activités
- Difficultés à contrôler son inquiétude
- Au moins 3 symptômes associés: fébrilité, sensation d'être survolté ou à bout, fatigue, épuisement, fatigabilité, difficultés de concentration, impression de tête vide, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil
- Degré cliniquement significatif de détresse et de dysfonctionnement social, professionnel, scolaire,...

Epidémiologie

- Prévalence 3 à 8% sur 1 an dans une population adulte
- Début dans l'enfance et l'adolescence
- Pic de fréquence 30 ans
- 2/3 femmes
- Très souvent associé à un autre trouble anxieux



Chez l'enfant

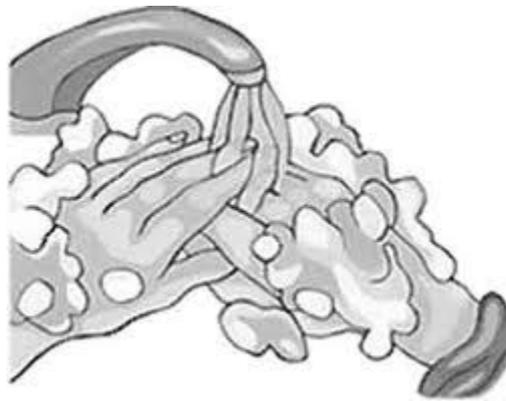
- Inquiétude en permanence sur les événements à venir, les examens, la guerre, les catastrophes naturelles, les guerres, la ponctualité...
- Difficultés de concentration ou de mémoire, fatigabilité, irritabilité, tensions musculaires, troubles du sommeil
- Intolérance à l'incertitude

Traitement

- TCC
- Travail sur la dynamique familiale, réassurance de l'entourage,
- Possibilité de traitement médicamenteux (BZD, AD)



Les Troubles Obsessionnels Compulsifs



Définition

- Présence d'obsessions récurrentes et/ou compulsions venant sérieusement entraver le fonctionnement psychique du sujet avec pour conséquences un sentiment aigu de détresse et une répercussion notable sur la qualité de son vécu scolaire et relationnel
- Obsessions: pensées, images ou impulsions persistantes et inacceptables faisant intrusion dans la pensée
- Compulsions: rituels moteurs ou mentaux émis en réaction aux obsessions

Epidémiologie

- Longtemps ignoré des manuels de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
- Ne fait plus partie des troubles anxieux depuis le DSM5
- 2 à 3% de la population infanto-juvénile
- Prise en charge spécialisée et adaptée doit être la plus précoce possible pour permettre une rémission rapide et durable

Sous estimation du trouble

**Délai d'au moins trois ans entre le début d'un TOC
d'intensité pathologique et la prise en charge
thérapeutique effective**

Hypothèses :

- Méconnaissance des praticiens
- Enfants n'en parlent pas (« peur d'être fou »)
- Retard du repérage par l'entourage : minimisation ou rationalisation
- Rarement isolé: errance diagnostique

Début du trouble

- 30 à 50% pendant l'enfance
- L'âge moyen d'apparition : aux alentours de 7 ans
- Surreprésentation masculine des formes précoces (avant 7 ans)
- Facteur déclenchant ou situation ayant favorisé l'apparition des TOC : entrée au collège, décès d'un proche, expérience désagréable source de détresse émotionnelle voire de peur ou d'anxiété,
- Quelques fois: aucun facteur déclenchant, sentiment de toujours avoir eu ces manifestations

Obsessions normales développementales	Obsessions/compulsions pathologiques
Banales, admises (coucher)	Sophistiquées, complexes
Brèves, limitées dans le temps	Longues (une à plusieurs par jour)
Facile de s'en distraire	Tenaces, persistantes
Contrôle facile	Contrôle difficile, impossible
Peu ou pas de conduite d'évitement	Conduites d'évitement invalidantes
Pas de handicap, ni souffrance psychique	Handicap relationnel, familial, scolaire
Pas de crise de colère	Accès de colère +++
Fonction bénéfique nécessaire au développement	Souffrance et épuisement psychique
Pas de retentissement familial	Retentissement familial majeur: crises, rejet

Les obsessions

- Intrusion de pensées ou de représentations mentales ou de peurs persistantes qui s'imposent à l'esprit, de manière récurrente et contre la volonté de l'enfant
- 3 types d'obsessions :
 - Idéiques :
sentiments permanents d'avoir oublié un devoir ou du matériel scolaire, peur d'injurier un enseignant, souci de commettre une erreur ou un scandale,...
 - Impulsives :
peur de se défenestrer, de devenir violent, de blesser quelqu'un,...
 - Phobiques :
peur des microbes, d'une maladie, ...
- Associées à des conduites d'évitement

Obsessions concernant :

- La saleté et les infections 40%
- La crainte que quelque chose de terrible arrive 20%
- La maladie 20%
- La mort 20%
- La symétrie 15%
- Le sexe 10%
- Des pensées à caractère religieux 10%
- La crainte d'agresser autrui ou soi même 8%

Les obsessions les plus fréquemment rencontrées chez l'enfant et l'adolescent

Les compulsions

- Actes répétitifs « ouverts » (visibles) ou couverts (mentaux), exécutés de manière intentionnelle et ritualisée.
- Produits à des fins conjuratoires, peuvent être en lien direct avec les obsessions qu'elles sont censées soulager (par exemple, idée obsédante d'être sale et compulsion de lavage des mains)
- Apaise l'anxiété momentanément
- Conscience de la démesure de l'acte

3 grandes familles de compulsions

- Rituels de lavage
- Rituels de vérification, d'ordre, de symétrie et rangement
- Rituels conjuratoires :
 - Rituels internes mentaux : compter mentalement, se dire des petites phrases, faire des prières...
 - Rituels externes : répétition et toucher

Particularités du TOC chez l'enfant

- La majorité des enfants présente conjointement les deux types de manifestations : obsessions et compulsions
- Mais possibilité de compulsions pathologiques sans obsessions associées ou d'obsessions sans rituels compulsifs
- Variation selon les lieux
- Association des parents ou d'autres membres de la famille dans les rituels, avec parfois attitudes autoritaires et tyranniques
- Obsessions et compulsions multiples et fluctuantes
- Ignorance qu'il s'agit d'un trouble, n'en parle pas à son entourage
- Crises de colère, agressivité manifeste (en cas d'interruption des rituels ou de refus de participation de l'entourage familial aux compulsions ou rituels)

Comorbidités

- autre trouble psychiatrique est associé dans 70% des cas
- autre trouble anxieux 30 à 50%
- trouble de l'humeur de type épisode dépressif majeur 20 à 50%
- trouble des conduites alimentaires
- trouble de l'attention avec hyperactivité dans 26 à 30 %
- trouble oppositionnel voire trouble des conduites
- tics, syndrome de Gilles de la Tourette

Le devenir du toc

- L'intensité du trouble est fluctuante, mais augmente avec le stress et diminue avec l'autocontrôle.
- Si pas de PEC, le pouvoir anxiolytique des rituels est de moins en moins efficace, l'enfant se voit obligé d'en produire de nouveaux au fur et à mesure: AGGRAVATION

Complications à moyen/long terme

- difficultés scolaires dans les apprentissages ou sur le plan relationnel
- isolement social progressif
- troubles de l'humeur réactionnels, syndrome d'épuisement suite à l'acharnement sur les rituels
- tentatives de suicides
- séquelles physiques, secondaires aux rituels
- difficultés dans les relations intra-familiales

Traitement

TCC+++

Relaxation, respiration

Exposition avec prévention de la réponse

Thérapie cognitive (scénario catastrophe, pensées alternatives, pour/contre, probabilité...)

Renforcement positif

Implication des parents+++

+/-Thérapie familiale

+/-Interventions pharmacologiques

Conclusion

- Troubles altérant le fonctionnement social, académique et familial
- Évolution souvent chronique
- Continuité évidente avec la pathologie de l'adulte
- Intérêt d'un traitement précoce incluant les parents
- Importance de la prévention

QUELQU'UN A UNE
QUESTION ?

