

Évaluation d'un trouble anxieux

par Geneviève Tellier

Kevin, 12 ans, est amené par sa mère en consultation parce qu'il se plaint, surtout au coucher, de divers symptômes somatiques : douleurs abdominales, céphalées, impression de trouble du rythme et, surtout, peur de souffrir d'une maladie grave. Il demande avec insistance d'appeler son médecin ou d'aller à l'urgence. Sa mère ajoute que, depuis quatre mois, Kevin est plus inquiet, s'endort difficilement, est irritable et se concentre moins bien.

LES TROUBLES ANXIEUX représentent une pathologie dont la prévalence est très élevée, soit de 5,7 % à 17 %, selon les études. La comorbidité est également élevée. En effet, on retrouve souvent chez un même patient, plusieurs troubles anxieux à la fois. La comorbidité en cas de trouble de l'humeur, serait de 50 % et en cas de trouble du déficit de l'attention et d'hyperactivité (TDAH), de 20 %¹⁻³.

Les conséquences et les complications des troubles anxieux sont importantes. Le développement peut être gravement compromis, le plus souvent par évitement de situations essentielles, comme la fréquentation des amis du même âge, l'éloignement normal des figures parentales ou la fréquentation normale et régulière de l'école. Les plaintes somatiques, reliées à un trouble anxieux, peuvent mener à une investigation médicale exhaustive, qui peut encourager une régression à l'intérieur d'un rôle de malade. De plus, il s'agit d'une population à risque de dépression, de suicide et de toxicomanie⁴.

D^{re} Geneviève Tellier, psychiatre, exerce au service de consultation-liaison de l'Hôpital Sainte-Justine, à Montréal.

Dans l'évaluation d'un trouble anxieux chez l'enfant, on devra tenir compte du fait que certaines peurs qui surgissent au cours du développement sont normales. Elles peuvent être fréquentes et sans danger à un certain âge, mais devenir pathologiques lorsque l'enfant grandit. Une bonne connaissance de cet aspect développemental est donc essentiel lorsqu'il s'agit d'évaluation de troubles anxieux chez l'enfant (tableau I).

Les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent partagent certaines caractéristiques avec les troubles anxieux chez l'adulte. Par contre, ils présentent aussi des caractéristiques qui les en distinguent. Comme dans le cas de l'adulte, l'enfant souffrant d'un trouble anxieux connaît une anxiété excessive, irréaliste et inappropriée au stade de son développement, qui s'accompagne de symptômes cognitifs (inquiétude, dramatisation) et de symptômes physiologiques (tachycardie, céphalées, douleurs abdominales, pression thoracique, nausées, vomissements, etc.). L'évolution est variable dans le temps, c'est-à-dire que la symptomatologie fluctue. Le plus souvent, elle est déclenchée ou exacerbée par des facteurs de stress extérieurs, comme la

Les conséquences et les complications des troubles anxieux sont importantes. Le développement peut être gravement compromis, le plus souvent par évitement de situations essentielles, comme la fréquentation des amis du même âge, l'éloignement normal des figures parentales ou la fréquentation normale et régulière de l'école.

Chez l'enfant, les symptômes moteurs sont beaucoup plus importants, surtout si l'enfant est jeune.

T A B L E A U I

Aspect développemental des peurs chez l'enfant et l'adolescent**Nourrissons**

- bruits forts
- perte soudaine du support physique

Vers 8 mois

- peur de l'étranger

De 8 mois à 3 ans

- bruits intenses (par exemple, bruit fait par l'aspirateur ou la tondeuse)
- bain (peur lorsque l'eau s'écoule)
- peurs reliées à l'entraînement à la propreté

De 3 à 6 ans

- monstres, sorcières
- animaux (peur de se faire mordre)
- cauchemars

Latence

- en général, les peurs diminuent
- peur de rester seul à la maison
- inquiétudes engendrées par un manque supposé de compétence
- en présence de beaucoup de symptômes d'anxiété, une pathologie anxieuse pourra débiter à l'adolescence

Adolescence

- anxiété sociale
- anxiété face à son schéma corporel
- identité

rentrée scolaire. La comorbidité est élevée. Par contre, certaines caractéristiques sont propres à l'enfant. Chez l'enfant, les symptômes moteurs sont beaucoup plus importants, surtout si l'enfant est jeune. Chez l'adulte, on note surtout la présence de comportements d'évitement, alors que chez l'enfant on assiste à des manifestations d'opposition ainsi qu'à des crises de colère, parfois spectaculaires.

Ce qui est encore plus caractéristique, ce sont les exigences que certains enfants ont envers leurs parents dans le but de soulager cette symptomatologie anxieuse. Ainsi, l'enfant peut exiger que ses proches exécutent des gestes compulsifs en réponse à ses propres obsessions (« Tu ne dois pas respirer pendant que je mets mon chandail », dira-t-il, par exemple). Pour prendre un autre exemple, l'enfant présentant un trouble d'anxiété généralisé n'acceptera de rendre visite à un ami qu'à condition que son frère l'y accompagne à la demande de sa mère ou de son père. Le suivi thérapeutique devra tenir compte de ces particularités propres aux enfants.

Facteurs prédisposants

Plusieurs facteurs peuvent prédisposer une personne à développer un trouble anxieux. Il s'agit de facteurs cognitifs, comportementaux, neurobiologiques, génétiques et environnementaux. Du côté génétique, on retrouve fréquemment des antécédents familiaux positifs. Les enfants anxieux ont souvent un ou des parents anxieux. Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et le trouble panique sont probablement les deux troubles anxieux pour lesquels la composante génétique est la plus importante. La notion de tempérament est également à considérer. Le tempérament inhibé (retrait en réponse à la nouveauté) semble un facteur prédisposant à l'apparition d'un trouble anxieux⁴. Certaines caractéristiques prédisposantes sont davantage reliées à un trouble anxieux spécifique :

Trouble anxieux généralisé (TAG) :

- Tendance à dramatiser ;
- Impression de vulnérabilité ou manque de confiance en ses propres ressources.

Phobie sociale (PS) :

- Sensibilité extrême à l'observation.
- Sur le plan de la neurobiologie, on parle d'une hyperactivité du système nerveux sympathique.
- Enfin, sur le plan environnemental, un milieu familial surprotecteur peut prédisposer au développement d'une

Les troubles anxieux évoluent naturellement d'exacerbations en accalmies. On observe presque toujours la présence de facteurs de stress importants, comme la rentrée scolaire, un changement d'école, des difficultés avec les pairs, etc.

symptomatologie anxieuse.

Facteurs déclenchants

Les troubles anxieux évoluent naturellement d'exacerbations en accalmies. On observe presque toujours la présence de facteurs de stress importants, comme la rentrée scolaire, un changement d'école, des difficultés avec les pairs, etc.

Facteurs perpétuants

Dans le cas des troubles anxieux, l'évitement représente le facteur de psychomaintien le plus important. L'évitement d'une situation anxiogène qui permet, tant à l'adulte qu'à l'enfant, de soulager l'anxiété, représente un puissant renforçateur du comportement pathologique, susceptible d'augmenter le niveau d'anxiété lorsque l'enfant sera de nouveau confronté à la situation anxiogène. Chez l'enfant, par opposition à l'adulte, les attitudes parentales forment un deuxième palier de facteurs pouvant exacerber le trouble anxieux. De plus, dans beaucoup de cas, l'un des parents souffre lui-même d'un trouble anxieux, et il est donc aux prises avec ses propres inquiétudes qui concernent la sécurité de son enfant. Ce parent peut être particulièrement sensible à la détresse de l'enfant puisqu'il connaît l'inconfort qu'il peut ressentir dans une situation anxiogène.

Votre première tâche face à un enfant se présentant avec une symptomatologie de trouble panique est d'évaluer la condition physique.

Ainsi, vous avez d'abord éliminé chez Kevin une étiologie physique de la symptomatologie. Par la suite, vous avez établi un bon lien avec lui et ses parents, et avez exploré son tempérament et l'ensemble des facteurs déclenchants

T A B L E A U II

Questionnaire réservé spécifiquement à l'évaluation d'un trouble anxieux généralisé (TAG)

Cet enfant s'inquiète-t-il facilement ? Donnez-moi des exemples.

Finances	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Inquiétudes au sujet du manque d'argent des parents ; ⊗ Besoin d'être rassuré fréquemment sur la situation financière de la famille ; ⊗ Inquiétude face à son incapacité de gagner de l'argent lorsqu'il sera adulte.
Sécurité	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Peur des ponts ; ⊗ Peur de ce qu'il voit à la télévision ; ⊗ Peur des produits toxiques ; ⊗ Peur de se perdre ; ⊗ Peur qu'il arrive un malheur à un de ses parents, à un frère ou à une sœur.
Maladie	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ A-t-il besoin d'être rassuré au sujet de sa santé ? ⊗ Comment réagit-il lorsqu'il manifeste un symptôme mineur ? ⊗ Est-il inquiet au sujet de la santé de ses parents ?
Nouveauté	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Refus d'explorer toute chose qui ne lui est pas connue ; ⊗ Refus d'aller aux journées pédagogiques ; ⊗ Refus d'aller à une fête ; ⊗ Refus de prendre des cours de natation ou de ski alors qu'il aime ces sports ; ⊗ Refus de retourner en classe lors de la rentrée scolaire.
Performance	<ul style="list-style-type: none"> ⊗ Anxiété significative avant les examens, avec difficulté de dormir, ou baisse significative de la performance au moment de l'examen.

Est-il difficile de le rassurer ?

Cette difficulté se manifeste souvent par une tendance à poser la même question sans arrêt.

Y a-t-il une atteinte au fonctionnement :

- ⊗ dans sa famille ?
- ⊗ avec ses amis ?
- ⊗ à l'école ?

Le plus souvent, le dysfonctionnement se manifeste par une difficulté de socialisation et une incapacité de renoncer à la sécurité de la maison et de quitter les figures connues pour explorer l'environnement.

Le développement est-il compromis ?

L'enfant est-il souffrant ?

Dans le cas des troubles anxieux, l'évitement représente le facteur de psychomaintien le plus important.

R E P È R E

T A B L E A U III

Questionnaire réservé spécifiquement à l'évaluation de la phobie sociale chez l'adolescent

- Mange-t-il à la cafétéria ? Sinon pourquoi ?
- Que fait-il durant les pauses ou les récréations ?
- Va-t-il aux soirées de danse organisées par l'école ?
- A-t-il déjà eu une relation amoureuse ?
- Comment réagit-il lorsqu'il doit faire un exposé oral ? L'évite-t-il ?
- Évite-t-il les cours qui comportent des interactions avec ses camarades ?
- Est-il capable d'interactions avec un adulte qu'il ne connaît pas, par exemple une vendeuse dans un magasin ?

L'adolescent est-il souffrant ?

Y a-t-il une atteinte au fonctionnement ?

Le développement est-il compromis surtout en ce qui concerne l'aspect social ?

et perpétuants. Vous avez donc appris que Kevin s'inquiète facilement depuis son très jeune âge. Il est très proche de sa mère, et celle-ci vous dit qu'elle a toujours eu du mal à le rassurer. Il réussit bien à l'école, mais au prix d'efforts assez importants. Aucun événement nouveau n'est intervenu dans la vie de Kevin et de sa famille, mais vous avez nettement l'impression qu'il y a chez cet enfant beaucoup de fatigue accumulée à cause des efforts que lui coûte sa scolarité. En ce qui concerne les attitudes parentales, vous avez appris que la mère, bien que facilement inquiète, ne croit pas que les symptômes de son fils aient une origine physique. Elle ne lui permet pas de s'absenter de l'école, et son attitude à l'égard des symptômes physiques est saine : elle demeure disponible, tout en s'opposant à toute demande de régression. Ce qui l'inquiète plutôt, ce sont les inquiétudes de son fils.

Trouble anxieux généralisé

L'interrogatoire d'un enfant qui pourrait souffrir d'un trouble anxieux a certaines particularités qui le distinguent de celui d'un adulte. Après avoir éliminé un trouble dépressif, vous vous demandez si un trouble anxieux ne pourrait sous-tendre cette symptomatologie (*tableau II*).

Vous apprenez donc que toute nouveauté inquiète Kevin fortement. Il refuse le plus souvent d'aller à des fêtes d'anniversaire même s'il en a envie. Il est préoccupé par les finances de la famille et inquiet lorsqu'il reçoit un cadeau, craignant que ses parents n'aient plus d'argent pour autre chose, bien que leur situation socio-économique soit assez satisfaisante. Il s'inquiète aussi de sa santé et craint d'avoir une maladie grave qui pourrait le faire mourir. Par contre, il n'est pas inquiet de la santé ou de la sécurité de ses parents. Il présente une anxiété de performance marquée, a continuellement peur d'échouer à l'école, sans que ses bons résultats puissent le rassurer. Il s'inquiète aussi pour l'avenir, et il vous dit à cet égard qu'il se demande souvent s'il sera un jour capable de payer ses factures.

Phobie sociale

L'adolescent éprouve-t-il une peur intense d'être jugé ou humilié dans une ou plusieurs situations sociales ? Il est important de se rappeler que l'enfant, et surtout l'adolescent, ne l'avouera pas facilement et qu'il faut donc l'interroger de façon précise à ce sujet (*tableau III*).

Kevin ne souffre pas d'anxiété sociale. Il a des amis et ne se préoccupe pas du jugement des autres. S'il connaît une certaine anxiété lors des exposés oraux, il ne cherche pas à les éviter. Il mange à la cafétéria avec ses amis et y prend plaisir.

Troubles obsessionnels compulsifs

Vérifications

Les enfants vérifient rarement les « ronds de poêle », mais les rituels de vérification du sac d'école, des travaux scolaires (vérifications des calculs, par exemple) ou de l'étui à crayons sont, par contre, fréquents.

Symétrie

Les compulsions qui concernent la symétrie sont également fréquentes :

- placer et déplacer les objets de la chambre à coucher ;
- placer les livres ou les crayons par ordre de grandeur
- besoin de toucher les parties du corps de façon symétrique, par exemple si l'enfant s'accroche l'épaule gauche, il devra s'accrocher l'épaule droite également, s'il cligne de l'œil droit, il se sent obligé de cligner de l'œil gauche.

Contamination

- Est-il obsédé par les microbes ?
- Suit-il des rituels de lavage des mains ?

Comptage

- A-t-il un chiffre magique ou chanceux ?
- Compte-t-il les poteaux, les autos, les lettres d'un mot ?

Sexualité

Cherche-t-il à chasser des images intrusives ayant un caractère sexuel ? Il faut bien distinguer ces images des fantasmes sexuelles normales de l'adolescent qui, elles, sont provoquées et constituent une source de plaisir.

Agressivité

Cherche-t-il à chasser des images violentes intrusives qui sont source de détresse ?

Pour compléter l'interrogatoire, vous demandez à Kevin à quoi il peut bien penser la nuit avant de s'endormir. Il vous répond qu'il est très préoccupé par la façon dont les objets sont placés dans sa chambre. Il se lève plusieurs fois pour les placer à sa façon. De plus, vous apprenez qu'il place les crayons ou les cahiers suivant un rituel très strict avant de commencer son travail. Il efface continuellement, n'étant que rarement satisfait des lettres qu'il a tracées. Certaines lettres doivent être tracées de façon très spécifique. Il repasse souvent plusieurs fois sur le tracé d'une lettre. Il est fortement obsédé par la symétrie. Il replace continuellement ses bas pour qu'ils soient « à la même hauteur ». Il compte ses pas, qui doivent se terminer par un chiffre pair. Enfin, il évite de marcher sur les trottoirs pour ne pas marcher sur les lignes.

Traitement des troubles anxieux

Psychoéducation

La première étape, après l'évaluation, consiste à fournir des informations à l'enfant et aux parents sur le trouble anxieux. La façon de décoder le symptôme présenté par l'enfant en modifiera profondément l'évolution. Par exemple, une attitude d'opposition avec agressivité, si elle est prise pour une peur plutôt que pour une confrontation, changera inévitablement les attitudes parentales.

Différentes lectures peuvent être proposées aux adultes souffrant de trouble anxieux. Plusieurs d'entre eux disent avoir été considérablement aidés par ces lectures (voir encadré).

ENCADRÉ

Lectures suggérées pour les parents

TOC : Sauteraud A. *Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter.* Éditions Odile Jacob, Paris.

Phobie sociale : Légéron P, André C, *La peur des autres.* Éditions Odile Jacob, Paris.

Enfants : Baron C. *Les troubles anxieux expliqués aux parents.* Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Il faut donner à l'enfant des informations sur le mécanisme de l'évitement en présence des parents, qui pourront les répéter à la maison. « Plus tu écoutes tes peurs, plus elles grossissent. Je demande donc à ton père ou à ta mère de t'aider à ne pas les écouter. »

Établissement d'objectifs

Idéalement, c'est l'enfant qui doit fixer ses propres objectifs. Sa collaboration n'est pas toujours gagnée d'avance, puisque ces objectifs susciteront chez lui une anxiété inconfortable. C'est la raison pour laquelle, chez les jeunes enfants, la présence de l'un des parents est toujours nécessaire.

Approche comportementale

Cette étape nécessite l'évaluation de la motivation du jeune et de ses parents. Plus l'enfant est souffrant et conscient de ses difficultés, plus il est prêt à participer activement au traitement. Certains adolescents, devant la difficulté à atteindre des objectifs qui leur semblent irréalisables, choisissent plutôt de faire un essai avec des médicaments, ce qui est acceptable.

À partir des objectifs que l'enfant et ses parents se sont fixés, par exemple favoriser les liens sociaux, ils peuvent choisir des défis concrets. Voici quelques exemples d'objectifs souvent visés par les jeunes enfants et leurs parents :

- demander le numéro de téléphone d'un camarade d'école ;
- inviter un ami à la maison ;
- s'inscrire à un cours ou au camp de jour ;
- porter des vêtements neufs à l'école ;

La façon de décoder le symptôme présenté par l'enfant en modifiera profondément l'évolution.

REPÈRE

● s'inscrire à un camp de vacances (généralement, cela constitue la dernière étape).

Il ne s'agit que de quelques exemples. Ce qui importe est de se fixer des objectifs réalisables qui suscitent une anxiété dont l'intensité peut être gérée.

Approche cognitive

On a bien démontré l'efficacité de la psychothérapie cognitivo-comportementale et sa supériorité par rapport aux autres formes de psychothérapie chez l'adulte et, de plus en plus souvent, chez l'enfant.

L'approche cognitive découle de techniques spécifiques. Une formation rigoureuse est donc nécessaire pour assurer le suivi.

Approche pharmacologique

La pharmacothérapie permet de réduire ou d'éliminer les symptômes d'anxiété d'un patient présentant un trouble anxieux. Son efficacité est variable, selon le trouble anxieux en cause, selon le patient et selon la dose prescrite.

Les médicaments utilisés pour traiter les troubles anxieux proviennent de trois classes :

- les benzodiazépines ;
- les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSN) ;
- les antidépresseurs tricycliques.

Très peu d'études ont été menées sur l'utilité de la pharmacothérapie en présence de troubles anxieux chez les enfants et les adolescents. Mentionnons toutefois l'étude de *The research unit of pediatric psychopharmacology anxiety study group*, qui a révélé l'efficacité de la fluvoxamine (Luvox®) en cas d'anxiété de séparation, de phobie sociale et de TAG⁵.

Si une pharmacothérapie adaptée à l'état de l'enfant ou de l'adolescent peut s'avérer utile, elle ne doit cependant pas se substituer aux autres formes de traitement (psychoédu-

cation, approche comportementale, cognitive ou autres).

On utilise peu les benzodiazépines dans le traitement des troubles anxieux chez les enfants. On les prescrit surtout en cas de problèmes liés à un traumatisme limité dans le temps, par exemple une hospitalisation avec manœuvres douloureuses ou utilisation conjointe à une désensibilisation progressive limitée dans le temps. Plus précisément, le médecin pourra prescrire une benzodiazépine si la rentrée scolaire génère un niveau d'anxiété difficilement tolérable.

La classe des ISRS et des IRSN représente le premier choix si un traitement médicamenteux est indiqué. Le traitement doit commencer avec une dose très faible, l'équivalent de 2,5 à 5 mg de citalopram (Celexa®), qu'il faudra majorer très graduellement, les patients anxieux adultes ou enfants étant très sensibles aux effets secondaires. Il peut s'avérer nécessaire de faire faire des capsules à teneur réduite dans une pharmacie qui possède le matériel nécessaire. Les effets secondaires sont les mêmes que chez l'adulte, sauf pour les réactions d'agitation, qui sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants et qui dictent souvent l'arrêt du traitement. Ces réactions peuvent affecter jusqu'à 40 % des enfants prépubères⁶. Par contre, chez d'autres enfants, un tel médicament facilite la mise en place d'une approche comportementale qui n'aurait pas été possible autrement.

MALGRÉ L'INVESTISSEMENT considérable de temps et d'énergie que demandent les enfants ou les adolescents présentant une symptomatologie de somatisation découlant d'un trouble anxieux, une intervention peut en modifier profondément l'évolution. Le jeune patient peut alors poursuivre son développement et s'ouvrir à de nouvelles expériences. ❧

Date de réception : 15 mai 2003.

Date d'acceptation : 11 juin 2003.

Mots clés : trouble anxieux, enfant, adolescent.

Avec les ISRS, les réactions d'agitation sont beaucoup plus fréquentes chez les enfants et dictent souvent l'arrêt du traitement.

Malgré l'investissement considérable de temps et d'énergie que demandent les enfants ou les adolescents présentant une symptomatologie de somatisation découlant d'un trouble anxieux, une intervention peut en modifier profondément l'évolution. Le jeune patient peut alors poursuivre son développement et s'ouvrir à de nouvelles expériences.



Congrès de formation médicale continue FMOQ

S U M M A R Y

Evaluation of an anxiety disorder.

Anxiety disorders are very common in the general paediatric population and are often associated with other comorbid conditions. Childhood anxiety disorders may impact seriously on development, and they manifest themselves by avoidance. The evaluation must identify the factors that predispose, perpetuate or precipitate the symptom of anxiety.

Treatment should start by involving the parents in a better understanding of the anxiety disorders, particularly in younger children. Further treatment options include cognitive-behavioural therapy and pharmacotherapy.

Key words: anxiety disorder, child, adolescent.

Bibliographie

1. Audet D et al., rédacteurs. *Peur pas peur... on y va!* Consensus sur les troubles anxieux : aspects cliniques et organisationnels. RRSSS Montréal-Centre septembre 2001.
2. Kessler RC et al. Lifetime and 12 months prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey, *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51 : 8-19.
3. Essan CA et al. Frequency, comorbidity and psychosocial impairment of specific phobia in adolescent. *J Clin Child Psychology* 2000; 29 (2) : 221-31.
4. Pollock RA, Rosenbaum JF, Marrs A, Miller A, Biderman J. Anxiety disorders of childhood implications for adult psychopathology. *Psychiatr Clin North Am* décembre 1995; 18 (4).
5. Riddle MA et al. Fluvoxamine for children and adolescent with OCD: randomized controlled multicenter. *JAACAP* février 2001; 40 (2) : 222-9.
6. Birmaher B, Yolvich K, Renaud J. Pharmacologic treatment for children and adolescents with anxiety disorders. *Pediatr Clin North Am* octobre 1998; 45 (5).

Septembre 2003

18, 19

La santé des femmes

Palais des congrès de Montréal

Octobre 2003

16, 17

La gastro-entérologie

Hôtel Delta Québec

Novembre 2003

6, 7

ORL et ophtalmologie

Hôtel Delta Québec

22 au 29

La FMOQ sous d'autres cieux

Riviera Maya, Mexique

Décembre 2003

4, 5

L'appareil locomoteur

Hôtel Delta Centre-Ville, Montréal

Février 2004

12, 13

La pneumologie

Hôtel Delta Québec