

SYNDROME ANXIO DEPRESSIF DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

DEFINITIONS et CARACTERISTIQUES :

Les troubles anxieux :

Ils sont caractérisés par un état de peur, d'inquiétude ou de terreur affectant grandement la capacité de l'enfant à se conduire normalement et qui est totalement disproportionné par rapport aux circonstances. L'anxiété peut entraîner des symptômes physiques. Le diagnostic est clinique.

L'anxiété, dans une certaine mesure, est un aspect normal du développement comme dans les cas suivants:

- La plupart des nourrissons se montrent craintifs lorsqu'ils sont séparés de leur mère, en particulier dans un environnement qui ne leur est pas familier.
- La peur du noir, des monstres, des insectes et des araignées est fréquente chez l'enfant de 3 à 4 ans.
- Initialement, les enfants timides peuvent réagir à de nouvelles situations par de la peur ou le repli sur soi.
- La peur des accidents et de la mort est plus fréquente chez l'enfant plus âgé.
- Les enfants plus âgés et les adolescents sont souvent anxieux lorsqu'ils doivent faire un exposé sur un livre devant leurs camarades de classe.
- De telles difficultés ne doivent pas être considérées comme la preuve d'un trouble.

Cependant, lorsque ces manifestations d'anxiété deviennent si importantes que le fonctionnement est gravement affecté ou qu'elles provoquent une souffrance et/ou un évitement important, l'éventualité d'un trouble anxieux doit être envisagée.

Les troubles anxieux apparaissent souvent pendant l'enfance et l'adolescence. À un moment donné au cours de l'enfance, environ 10 à 15% des enfants souffriront d'un trouble anxieux, avec une prédominance féminine. Les enfants atteints d'un trouble anxieux sont à risque accru de troubles dépressifs et anxieux ultérieurement.

Une association importante existe entre les troubles anxieux des enfants (chez les moins de 12 ans) et un faible niveau de compétence sociale, ainsi qu'une scolarisation irrégulière et le fait de subir plusieurs formes de violences (2)

Chez les adolescents, le fait de vivre au moins deux événements stressants est relié à un plus haut risque de présenter au moins un trouble anxieux

Les troubles anxieux qui peuvent survenir chez l'enfant et l'adolescent comprennent :

- Agoraphobie
- Trouble anxieux généralisé
- Trouble panique
- Trouble d'anxiété de séparation
- Trouble d'anxiété social

Les troubles dépressifs

Ils sont caractérisés par une tristesse ou une irritabilité suffisamment sévère ou persistante pour perturber le fonctionnement ou entraîner une souffrance considérable. Le diagnostic repose sur l'anamnèse et l'examen clinique.

Le fait de vivre deux évènements de vie stressants ou plus est la seule variable significativement associée aux troubles dépressifs à la fois chez les enfants et chez les adolescents :

En cas de :

- Séparation ou le divorce des parents et la naissance d'un frère ou d'une sœur chez l'enfant
- Placement en institution et/ ou abus physique et à l'abus sexuel chez l'enfant
- Abus physique ; décès du père chez l'adolescent

Chez les enfants, la présence d'une maladie physique chronique est significativement liée à la présence de troubles dépressif.

Chez les adolescents les perturbations sociales et scolaires (solitude, agressivité, consommation de drogues) sont souvent associées à un syndrome dépressif. (2)

Les troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent comprennent

- Trouble disruptif avec dysrégulation de l'humeur
- Trouble dépressif majeur : EDC « épisode dépressif caractérisé »
- Trouble dépressif persistant (dysthymie)

Ce document n'étant pas un dossier de FMC sur les troubles psychiatriques des enfants et adolescents, seuls l'épisode dépressif caractérisé et les troubles anxieux généralisés sont traités.

DIAGNOSTIC PREVENTION TRAITEMENT

DEPRESSION (2, 9,10)

On parle maintenant d'épisode dépressif caractérisé (EDC), on parlait par le passé d'épisode dépressif majeur.

Définition dans le DSM 5 de l'EDC, sur le site de la Haute Autorité de santé : « *Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins 1 des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir* ».

1 – **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes).

Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

2 - **Diminution marquée du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

3 - **Perte ou gain de poids significatif** en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4 – **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.

- 5 – **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
- 6 – **Fatigue ou perte d'énergie** presque tous les jours.
- 7 – **Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité** excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
- 8 – **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer** ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
9. **Pensées de mort récurrentes** (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

La durée de l'épisode dépressif est estimée à environ sept à neuf mois. Pourtant, moins de 25% des élèves dépressifs bénéficient d'une intervention. Le risque de rechute dans un intervalle de cinq ans est estimé à 72%.

Quelle attitude doit adopter le médecin généraliste face à un adolescent en souffrance ?

Adopter une attitude empathique et centrée sur l'adolescent

Le médecin généraliste doit adopter une approche **empathique, soutenante et collaborative** centrée sur l'adolescent et ce dès la première consultation. L'adolescent doit être considéré comme un individu singulier, capable de participer autant que possible au processus de prise de décision. Il ne doit pas être réduit à ses seuls symptômes.

Dans le cadre de la consultation, le médecin doit rechercher des manifestations dépressives en questionnant l'adolescent et en l'aidant à exprimer ses ressentis. Face à une souffrance, il doit rechercher une dépression sous-jacente et prévoir avec l'adolescent une prochaine consultation dont le délai sera adapté à la gravité des symptômes.

Adapter le temps de consultation

Lors de toute consultation, le médecin doit également distinguer 4 phases à adapter en fonction de la situation :

– Phase 1 : l'adolescent en présence des parents

Il est recommandé d'impliquer la famille pour explorer les comportements symptomatiques qu'elle a repérés, l'histoire de l'adolescent et la dynamique familiale.

– Phase 2 : l'adolescent seul

Il est recommandé, quel que soit le motif initial de la consultation, de s'entretenir avec l'adolescent sans la présence des parents. Cette phase de la consultation a pour but de lui donner de manière systématique une possibilité d'éclaircir certains points, révéler sa souffrance interne, aborder sa vie relationnelle et affective ainsi que ses conduites à risque.

– Phase 3 : l'examen somatique

Il est recommandé de réaliser l'examen somatique (physique) de l'adolescent sans la présence des parents et avec leur accord. Cet examen somatique indispensable peut être reporté lors d'une autre consultation en cas de problématique psychique apparaissant d'emblée.

– Phase 4 : la restitution à l'adolescent et à sa famille

Il est recommandé de faire une restitution avec tact des éléments recueillis et des ressentis, puis de définir avec l'adolescent et sa famille des objectifs thérapeutiques et une stratégie de soins claire et compréhensible adapté à l'âge et aux circonstances. La stratégie peut se limiter dans un premier temps à poursuivre l'éclaircissement de la situation de l'adolescent et à construire l'alliance thérapeutique (c'est-à-dire la relation d'aide médecin-adolescent) lors des consultations suivantes

Evaluer les symptômes et établir le diagnostic clinique

Différents outils sont à disposition des professionnels dont les questionnaires ADRS et TSTS (12,13) CAFARD pour les aider à détecter des manifestations dépressives chez un adolescent.

Le diagnostic d'une dépression (EDC) est clinique, et il repose sur l'association :

- de symptômes dépressifs,
- une souffrance cliniquement significative,
- un retentissement sur le quotidien.

Les symptômes de la dépression à l'adolescence	
Manifestations émotionnelles intériorisées (symptômes cardinaux)	<ul style="list-style-type: none"> • humeur dépressive ou irritable envahissante et durable (tristesse, abattement, instabilité de l'humeur, angoisse envahissante, agressivité, hyper-réactivité,...) • perte de plaisir partielle ou totale, indifférence, ennui
Manifestations cognitives internalisées	<ul style="list-style-type: none"> • idées envahissantes de dévalorisation, de désespoir, culpabilité • indécision pathologique • idées de mort récurrentes • idées dysmorphophobiques, délires et hallucinations
Manifestations psychomotrices, physiques et instinctuelles	<ul style="list-style-type: none"> • ralentissement psychomoteur envahissant et durable • agitation psychomotrice envahissante • plaintes somatiques (douleurs, sensations de malaises, malaises...) • conduites alimentaires particulières (anorexie, hyperphagie, boulimie) • trouble du sommeil durable
Manifestations externalisées sur l'environnement	<ul style="list-style-type: none"> • désinvestissement scolaire • besoin d'un effort supplémentaire pour arriver à des performances identiques • hyper-investissement dans d'autres activités ou arrêt des activités de loisir • isolement ou évitement des relations voire opposition • comportements à risque en rupture avec le fonctionnement de l'adolescent

Pour établir le diagnostic de dépression (EDC), les symptômes doivent durer au moins 15 jours et être au minimum au nombre de cinq, comprenant un des deux symptômes cardinaux : humeur dépressive (ou irritable) ou perte d'intérêt (ou de plaisir)

Il est nécessaire d'apprécier :

- l'intensité de la dépression : légère, modérée ou sévère ;
- Ses caractéristiques symptomatiques : mélancolique, atypique, anxieuse, mixte, psychotique.

Par ailleurs, le médecin devra également faire un diagnostic différentiel de la dépression vis-à-vis d'autres pathologies complexes comprenant également des manifestations dépressives ou des perturbations liées à :

- une consommation à risque de substances psychoactives,
- une affection médicale générale,
- un épisode mixte (symptômes maniaques et dépressifs simultanés) ou épisode dépressif caractérisé d'un trouble bipolaire,
- un trouble dépressif persistant,
- un trouble de l'adaptation dépressive ou anxio-dépressif et autres troubles psychiatriques

Pourquoi peut-on passer à côté ?

A l'adolescence, il est courant d'avoir des sautes d'humeur. Cette période, riche émotionnellement, et marquée par de multiples transformations est délicate. L'adolescent peut se sentir sous pression à l'école, pour nouer de nouvelles relations, se trouver une identité. Tantôt exalté, tantôt flegmatique, l'adolescent est difficile à décrypter. De plus, peu enclin à la confiance au sein du cercle familial, la dépression peut petit à petit s'installer sans être décelée.

Des signes évocateurs, peuvent cependant alerter :

- Un désintérêt soudain pour des activités jusqu'alors appréciées
- Une volonté de s'isoler
- Une négligence des amis ou du partenaire
- Une colère inexplicable
- Des résultats scolaires en chute
- Une hypersomnie
- Une perte ou prise de poids, une perte ou une augmentation d'appétit
- Une somatisation (présence de troubles physiques, liés à des troubles psychologiques)
- Dissocier la dépression de la simple déprime est donc une première étape. La dépression s'inscrit dans le temps et impacte de manière significative le quotidien, le relationnel et la scolarité de l'adolescent.

Les enfants de parents dépressifs vont développer un trouble psychologique durant l'enfance ou l'adolescence : dépression, l'anxiété, les phobies, le trouble des conduites et l'abus d'alcool,

A noter quant cas de dépression familiale les premiers épisodes se manifestent vers l'âge de 12/13 ans (16/17 ans chez les enfants sans antécédent familial)

Où la dépression peut-elle mener ?

Plusieurs complications sont possibles. Non détectée, la dépression peut mener aux automutilations et à la tentative de suicide. Mais elle peut également avoir des retentissements :

- Au niveau juridique à travers l'absentéisme scolaire, des bagarres régulières, des fugues
- Au niveau scolaire à cause des difficultés à trouver une orientation scolaire adéquate
- Au niveau personnel avec un isolement sur le long terme
- Au niveau de la santé avec des problèmes liés aux troubles alimentaires, aux troubles du sommeil ou à la prise de drogues.

Le médecin généraliste, sera un interlocuteur privilégié en cas d'inquiétude de la part des parents. Grâce à une approche empathique et collaborative, il orientera l'adolescent vers une prise en charge adaptée.

Quelles sont les solutions ?

La prévention

Bien qu'il soit difficile de prévenir la dépression chez l'adolescent nous pouvons :

1. Valoriser, écouter et dialoguer pour prévenir le suicide des adolescents

- Augmenter son niveau de confiance
- lui laisser la possibilité de se débrouiller en ne cherchant pas à se mêler de tout, car c'est aussi une preuve de confiance ;
- lui assurer d'être toujours là pour lui, s'il souhaite se confier ou s'il s'interroge sur la bonne décision à prendre ou encore, s'il a des ennuis.

2. Prévenir le suicide des ados en luttant contre la dépression

- Maintenir les liens familiaux en cas de divorce
- Relativiser l'échec scolaire
- Attention au harcèlement entre ado ++
- Restez vigilant sur le harcèlement via les réseaux sociaux (Facebook, Snapchat, etc.)

Connaître les facteurs de risques peut aider à la détecter plus rapidement. Ils peuvent être :

- Individuels : un âge plus élevé, être une fille, des troubles psychiatriques dans l'enfance
- Familiaux : antécédents de dépression dans la famille
- Environnementaux : précarité, deuil, conflits intra-familiaux

De plus, certains facteurs de protection peuvent réduire le risque de dépression comme :

- Créer un univers familial positif
- Éviter tout traumatisme et toute violence

La prise en charge :

Dans le choix de la prise en charge par le médecin, il s'agit d'abord à court et moyen terme, de gérer la crise suicidaire, et de protéger l'adolescent. A long terme, il s'agira d'aider l'adolescent à dépasser ses vulnérabilités et à retrouver une estime de soi.

Selon l'évolution de la dépression, l'intervention thérapeutique agira sur trois niveaux : physique, psychique, et socio-environnemental

Ne pas oublier d'associer l'entourage de l'adolescent à la prise en charge :

La place de la famille dans la prise en charge doit faire intégralement partie du processus de prise en charge dans la mesure où la dépression est souvent liée à une problématique relationnelle avec ses parents. Il est donc recommandé d'aborder clairement la question de la confidentialité et de définir d'emblée la place de la famille, de discuter avec l'adolescent du partage des informations le concernant et d'associer la famille selon l'âge de l'adolescent et les relations qu'il a avec elle.

Siège Social : GQ-NORMANDIE - 7 rue du 11 novembre - 14000 CAEN -Tel. 02 31 34 18 16

Antenne de Rouen : GQ NORMANDIE – 62 quai Gaston boulet– 76000 ROUEN – Tél. 02 35 98 26 02

A/La psychothérapie relationnelle en première intention :

Reconnue comme efficace, il en existe de plusieurs types. Le pédopsychiatre sera le plus à même d'orienter l'adolescent vers l'une d'entre elles :

- La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) : qui vise à changer les schémas de pensées négatives
- La thérapie interpersonnelle (TPI) : qui se concentre sur l'interaction avec les autres
- La thérapie psychodynamique : qui travaille à la compréhension des expériences
- La thérapie familiale : qui implique des membres de la famille

L'objectif premier de la prise en charge consiste à soutenir le développement entravé par la dépression. L'adolescent doit réapprendre à réinvestir sa vie sociale et affective.

Toutes ces thérapies accordent une grande place à l'empathie et au dialogue réflexif avec des approches diversifiées (théoriques, en impliquant d'autres personnes, en utilisant l'expression corporelle ou verbale etc.) et doivent d'adapter à chaque individu.

Selon la complexité de la dépression différentes thérapies sont recommandées en première intention
La thérapie de soutien : dans le cas d'une dépression légère à modérée en l'absence de comportements suicidaires, voire dans le cas d'une déprime passagère. En cas de résistance ou d'aggravation des symptômes après 4 à 8 semaines, ou lorsque l'adolescent présente un épisode dépressif caractérisé (EDC), il est recommandé de mettre en place une psychothérapie spécifique.

Une psychothérapie spécifique : en cas d'une dépression persistante, associée à d'autres maladies ou des difficultés relationnelles et/ou familiales.

L'indication et le choix d'une psychothérapie spécifique reposent sur de nombreux facteurs parmi lesquels :

- la disponibilité et l'engagement du thérapeute ;
- l'attente des demandeurs, leur culture, leurs croyances, leurs expériences antérieures ;
- la nature des symptômes et du fonctionnement psychique.

B/La prise en charge médicamenteuse

Si, passé un délai de 8 semaines, la psychothérapie semble insuffisante, une prise en charge médicamenteuse associée peut être envisagée. C'est le psychiatre qui prescrira le traitement le mieux adapté.

Il est recommandé de ne pas prescrire les antidépresseurs en première intention et de manière isolée. De la même manière, il n'est pas recommandé d'en prescrire en cas d'EDC léger ou lorsque le nombre de symptômes est insuffisant pour remplir les critères d'un EDC.

La fluoxétine (PROZAC®) est le seul médicament à avoir une autorisation de mise sur le marché (AMM) comportant une indication pour les adolescents contrairement aux autres antidépresseurs : en association avec une psychothérapie, la fluoxétine présente un rapport bénéfice/risque favorable lorsque l'EDC est modéré ou sévère lorsque la psychothérapie seule a été inefficace.

L'arrêt du traitement médicamenteux ne doit pas se faire à l'initiative du patient ou de sa famille sans accompagnement du médecin. Il doit être progressif pour prévenir le risque de rechute et sera programmé avec le patient et son entourage.

C/D'autres pistes importantes

La dépression doit se traiter dans une approche globale. Aider l'adolescent à changer son mode de vie peut donc être important, il peut s'agir de l'encourager :

- A aller dans des groupes de paroles, dans lesquelles il ne sera ni jugé, ni stigmatisé
- A manger plus sainement ou à faire de nouveau du sport, en l'inscrivant dans un club
- A avoir recours à des médecines douces comme l'acupuncture ou des pratiques anciennes comme le yoga ou le tai chi chuan

Beaucoup d'adolescents ne se sentiront pas à l'aise pour discuter de leur mal être. Les parents, parfois désarmés, ne sont pas dans une position facile. Le recours à un professionnel de santé extérieur est donc la première étape dans la prise en charge de la dépression.

Mais chaque acteur de la vie de l'adolescent va compter. Ainsi, l'absence de jugement, la concentration sur des faits positifs ou encore la défense des intérêts de l'adolescent de la part de ses proches peuvent faire la différence.

D/ L'hospitalisation est-elle envisageable dans certains cas ?

L'hospitalisation peut être envisageable soit d'emblée soit au cours du parcours de soins de l'adolescent. Elle est réservée à certaines situations graves, lorsque le risque de passage à l'acte suicidaire est imminent ou si le contexte familial est défavorable. En dehors de l'urgence, c'est un (pédo) psychiatre qui doit évaluer cette possibilité et le cas échéant expliquer à l'adolescent et à l'entourage les informations relatives à une hospitalisation (présentation des lieux et de l'équipe par exemple).

E/ Quand le médecin doit-il orienter l'adolescent vers un spécialiste ?

L'épisode dépressif caractérisé ne justifie pas le renvoi à un spécialiste ou le recours à l'hospitalisation. Le premier geste du médecin est de revoir rapidement l'adolescent souffrant. Les critères d'orientation vers un (pédo) psychiatre sont :

- la présence de symptômes graves
- la complexité du diagnostic
- une difficulté dans la relation thérapeutique ou une demande formulée par le patient.

Il ne doit pas y avoir de rupture thérapeutique d'un soin à l'autre, mais au contraire un suivi et une collaboration entre professionnels.

Cas spécifique de la dépression de l'enfant

Estimée à 2 % des enfants, la dépression est aussi fréquente chez les garçons que chez les filles. Il convient donc de distinguer une tristesse liée à un événement et qui finit par passer d'une dévalorisation de soi ou d'une tristesse qui dure.

Pour distinguer tristesse et dépression, vous pouvez vous demander:

- Est-ce que cela dure depuis longtemps ?
- Est-ce que cela est lié à un événement extérieur ?
- Est-il possible de parler de cette tristesse ou d'en être consolé ?

Dans la dépression, l'enfant va avoir tendance à exprimer :

- Un manque d'intérêt et de plaisir (« Je m'en fiche », « J'en ai rien à faire »)
- Une dévalorisation (« Je sais rien faire », « Je suis nul »)

- De l'impuissance (« J'y arrive pas », « Je comprends pas » etc.)
- Un sentiment de culpabilité (« Je ne suis pas comme il faut », « C'est de ma faute »)
- Le sentiment de ne pas être aimé (« de toute façon vous m'aimez pas », « tout le monde me trouve nul ») ou l'impression que la vie n'a pas de sens.

Les symptômes de la dépression chez l'enfant restent identiques qu'il s'agisse d'un enfant ou d'un adulte :

- Tristesse
- Perte d'intérêt pour des activités auparavant plaisantes
- Difficulté à se concentrer (diminution des résultats scolaires)
- Pensées négatives
- Troubles du sommeil (refus de se coucher, difficultés inhabituelle à s'endormir...)
- Trouble de l'alimentation (perte de l'appétit chez l'enfant)

Toutefois, la dépression de l'enfant peut aussi s'exprimer par d'autres symptômes (on parle souvent de dépression masquée) :

- Tendance au retrait, au repli sur soi, ou – au contraire – irritabilité, colère, agitation : Les deux tendances peuvent parfois alterner : l'enfant se met en colère à certains moments et, à d'autres, se repli sur lui-même.
- Difficultés scolaires liée à un changement de comportement: bien souvent l'école va alerter les parents : l'enfant se renferme sur lui-même et a du mal à apprendre ou, au contraire, devient l'élément perturbateur de la classe.
- Plaintes somatiques à répétition : maux de tête, maux de ventre à répétition. Il y a « toujours quelque chose qui ne va pas ».

Facteurs de risques de dépression chez l'enfant :

Facteurs biomédicaux

- Si l'enfant a déjà fait un épisode dépressif il a plus de chance d'en faire un deuxième
- Antécédents parentaux ou familiaux de dépression
- Certains types de maladie somatiques (diabète) ou psychiques (trouble anxieux, hyperactivité) sont associés à une fréquence plus importante d'épisodes dépressifs
- Troubles de l'apprentissage

Facteurs psychosociaux :

- Conflits familiaux ou avec les camarades
- Deuil récent
- Difficultés ou échec scolaires
- Discrimination ou exclusion sociale
- Mauvaises relations entre la maison et l'école

Pour en savoir plus : un cours de Renaud, PhD, sur la dépression de l'enfant Un cours de Johanne Renaud, professeure à l'Institut Douglas au Canada : <https://youtu.be/n9chtLv6ufY>

TROUBLES ANXIEUX GENERALISES

Chez l'enfant et l'adolescent le trouble anxieux généralisé est défini par un état persistant d'anxiété et d'appréhensions profondes, caractérisé par des inquiétudes, des peurs et des terreurs excessives. Les symptômes physiques peuvent comprendre des tremblements, une sudation, des plaintes somatiques multiples et une asthénie. Le diagnostic repose sur l'anamnèse.

Symptomatologie :

Les enfants qui ont un trouble d'anxiété généralisée ont des préoccupations multiples et diffuses, exacerbées par le stress. Ces enfants ont souvent des troubles de l'attention et peuvent être hyperactifs et agités. Ils peuvent mal dormir, transpirer de manière excessive, se sentir épuisé et se plaindre d'une gêne physique (p. ex., douleur d'estomac, douleurs musculaires, céphalée).

Diagnostic :

Les critères spécifiques comprennent une anxiété et une inquiétude excessives que les enfants et adolescents ont des difficultés à contrôler et qui est présente la majeure partie du temps, mais pas pendant ≥ 6 mois.

Les symptômes doivent causer une détresse significative ou altérer le fonctionnement social ou scolaire et ils doivent être accompagnés par ≥ 1 des critères suivants:

- Agitation ou surexcitation ou nervosité
- Être facilement fatigué
- Difficultés de concentration
- Irritabilité
- Tension musculaire
- Trouble du sommeil

Remarques :

Il faut différencier les troubles anxieux généralisés des

- **Troubles d'anxiété sociale** : une peur persistante du ridicule ou d'humiliation dans un contexte social. Habituellement, les enfants atteints évitent les situations susceptibles de les mettre au centre de l'attention (p. ex., à l'école). Le diagnostic repose sur l'anamnèse. Le traitement repose sur la thérapie comportementale : (15)
- **Troubles panique** : On parle de trouble panique lorsqu'un enfant souffre de crises de panique récidivantes, fréquentes (au moins 1 fois/semaine). Les attaques de panique sont de courtes périodes d'environ 20 min; pendant les attaques l'enfant présente des symptômes somatiques et/ou cognitifs (16)
- **Angoisse de séparation** : L'anxiété de séparation est caractérisée par une peur persistante, intense et inappropriée de la séparation d'une des principales figures d'attachement (habituellement la mère). Les enfants atteints tentent désespérément d'éviter de telles séparations. Lorsque la séparation est forcée, ces enfants sont désespérément préoccupés par le désir des retrouvailles. Le diagnostic repose sur l'anamnèse. Le traitement repose sur la thérapie comportementale pour l'enfant et sa famille. (17)

Parfois, le trouble anxieux généralisé peut être confondu avec le **déficit de l'attention et ou de l'hyperactivité** parce que le trouble anxieux généralisé peut entraîner des troubles de l'attention et se traduire par une agitation psychomotrice (c'est-à-dire, une hyperactivité).

Cependant, dans le déficit de l'attention/hyperactivité, les enfants éprouvent également des difficultés à se concentrer et ils sont agités lorsqu'ils ne sont pas anxieux. Certains enfants ont à la fois un déficit de l'attention/hyperactivité et un trouble anxieux.

Traitement :

La première étape est d'évaluer l'enfant ainsi que son milieu. Cette étape est très importante et elle doit être réalisée avec l'aide de l'entourage de l'enfant. Elle permet de mettre en place différentes mesures de **psychoéducation** pour améliorer le climat dans lequel vit l'enfant, par exemple lui fournir une routine apaisante.

Les données collectées sur la **thérapie cognitivo--comportementale** montrent une efficacité limitée chez les adolescents. Une alternative thérapeutique doit être trouvée, et parmi les options testées figure une **formation à l'attention assistée par ordinateur**. (19)

La psychothérapie peut être effectuée en famille, dès l'âge de 3 ans, avec des approches adaptées aux tout-petits : thérapie par le jeu, par le dessin, etc.

CONCLUSION

Les taux de dépression infantile ont augmenté au cours des dernières années. Pourtant, l'information et la sensibilisation à la dépression infantile n'ont pas progressé au même rythme. Des millions de personnes dans le monde se demandent et doutent que les enfants puissent devenir déprimés. De nombreux adultes bien intentionnés croient encore que les enfants « ne peuvent pas être déprimés. Ils sont si jeunes, pourquoi doivent-ils être déprimés? Quand nous avions cet âge, nous étions simplement heureux ». À côté du malentendu, il y a la stigmatisation et l'idée que la maladie mentale est un sujet tabou.

L'épidémie de Covid, les confinements, le premier surtout, ont ajouté une vague aux demandes déferlant sur la psychiatrie infanto-juvénile.

Les besoins de soins se multiplient pour des jeunes, sans antécédents notables, déclarant des troubles anxieux axés souvent autour de phobies diverses ou de la peur d'étouffer. D'autres manifestent des états anxio-dépressifs où se mêlent la peur d'attraper le virus, la peur et la culpabilité de le transmettre à leurs parents, la peur que leur parent meure... Chez quelques-uns, ces troubles ont une base réelle dans la mort d'un proche (grands-parents, parent). Chez d'autres apparaissent des troubles obsessionnels compulsifs, des entrées dans la psychose. L'épidémie de Covid est ainsi un facteur déclencheur sur des terrains fragiles et prédisposés à des troubles psychiques.

Le confinement aggrave aussi des crises autour d'un adolescent. Mouvement de transformation, l'adolescence est arrêtée dans son élan de séparation nécessaire. Contraint à la promiscuité, un adolescent déprime ou décompense sur un mode bruyant, un autre rejoint l'espace virtuel des jeux vidéo au détriment du travail scolaire. Inquiets, les parents le bousculent, font intrusion dans son espace intime, se replient sur des positions autoritaires, poussant l'adolescent à des réactions explosives.

ADRESSES UTILES

- Maison des ado : Ado 61 <https://www.maison-des-adolescents-61.fr/>
- PHARE Enfants-Parents (Pour l'Harmonie des Relations Enfants-Parents) :
<https://www.phare.org/qui-sommes-nous>
- Fil Santé Jeunes : Service anonyme et gratuit pour les 12-25 ans tous les jours de 9h à 23h
<https://www.filsantejeunes.com/qui-sommes-nous-365>
Téléphone : 32 24 ou 01 44 93 30 74 (depuis un portable)
- SOS Suicide Phénix Accueil et écoute de toute personne en détresse ou confrontée à la problématique du suicide (dans sa famille ou dans son entourage) dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat. Ecoute téléphonique 7j/7.
Téléphone n° nationale : 0 825 12 03 64 (de 16 h à 23 h).
Site : www.sos-suicide-phenix.org

BIBLIOGRAPHIE

1. Costello, E. J., Copeland, W. et Angold, A. (2011). Trends in psychopathology across the adolescent years: What changes when children become adolescents, and when adolescents become adults? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 1015-1025
<https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2011.02446>.
2. Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois : Santé mentale au Québec, 2017 <https://www.erudit.org/fr/revues/smq/2017-v42-n1-smq03101/1040242ar.pdf>
3. Troubles dépressifs chez l'enfant et l'adolescent Par Josephine Elia, MD, Sidney Kimmel Medical College of Thomas Jefferson University Dernière révision totale mai 2019| Dernière modification du contenu mai 201
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-psychiatriques-chez-enfant-et-adolescent/troubles-d%C3%A9pressifs-chez-enfant-et-adolescent#>
4. Revue générale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-psychiatriques-chez-enfant-et-adolescent/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-troubles-psychiatriques-chez-enfant-et-adolescent>
5. Revue générale des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-psychiatriques-chez-enfant-et-adolescent/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-troubles-anxieux-chez-enfant-et-adolescent>
6. Trouble de stress aigu et post-traumatique chez les enfants et les adolescents
<https://www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie/troubles-psychiatriques-chez-enfant-et-adolescent/trouble-de-stress-aigu-et-post-traumatique-chez-les-enfants-et-les-adolescents>
7. LA DÉPRESSION CHEZ L'ENFANT Recherche menée par Julie BRUNELLE et David COHEN Service de Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Hôpital Pitié-Salpêtrière, PARIS
<https://www.fondationpierredeniker.org/uploads/factSheets/16d50672846c01cb4402fabda9372cd044749a36.pdf>

8. Classement des troubles mentaux : DSM 5 <https://www.atousante.com/aptitude-inaptitude/aptitude-travail-pathologie/troubles-mentaux/classement-troubles-mentaux/>
9. HAS Dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ? https://www.has-sante.fr/jcms/c_1795182/fr/depression-de-l-adolescent-comment-reperer-et-prendre-en-charge
10. La dépression de l'adolescent : comment repérer et prendre en charge ?
QUESTIONS / RÉPONSES https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-12/depression_adolescent_questions-reponses.pdf
11. La dépression de l'enfant : <https://psy-enfant.fr/depression-infantile-definition/>
12. Dépression : Mieux la comprendre pour la guérir durablement
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
13. REPERAGE DE LA DEPRESSION DE L'ADOLESCENT – ADRS
https://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/131-2-adrs.pdf.pdf
14. QUESTIONNAIRES TSTS CAFARD [file:///C:/Users/Claude/Downloads/TSTS-CAFARD%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Claude/Downloads/TSTS-CAFARD%20(1).pdf)
15. Découvrir les Thérapies Comportementales, Cognitives et Emotionnelles :
<https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/phobie-sociale.html>
16. Découvrir les Thérapies Comportementales, Cognitives et Emotionnelles :
<https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/trouble-panique.html>
17. TROUBLES ANXIEUX ET TROUBLES DE L'ADAPTATION Chez l'enfant et l'adolescent :
<http://pedopsychiatrie-angers.fr/cours-fichiers/Troubles%20anxieux%20et%20de%20l%20adaptation.pdf>
18. Comment prendre en charge un adolescent anxieux ? <https://www.anxiete.fr/prise-charge-adolescent-anxieux/>