

14

Troubles anxieux

Si des progrès considérables ont été réalisés au cours de ces dernières années dans la reconnaissance et le démantèlement des états anxieux en diverses catégories cliniques, l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent reste un phénomène encore souvent banalisé. La majorité des auteurs s'accorde ainsi à dire que les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent sont en général méconnus, leur importance et leur gravité potentielle sous-estimées. Certes, la distinction entre anxiété développementale et anxiété pathologique n'est pas toujours facile. Mais tous les travaux d'épidémiologie descriptive montrent aussi que, chez l'enfant et l'adolescent, les troubles anxieux représentent l'une des pathologies ayant la plus forte incidence. Par ailleurs, les troubles anxieux vont peser sur le développement de l'enfant et de l'adolescent, à un moment fondamental de l'organisation de leur personnalité. La pathologie anxieuse représente souvent un handicap sévère pour l'enfant, entraînant un appauvrissement relationnel et une restriction du champ de ses activités, altérant son accession à l'autonomie et à l'indépendance. Enfin, des données de plus en plus nombreuses plaident en faveur d'une certaine continuité entre les troubles anxieux de l'enfant et les troubles anxieux ou d'autres troubles psychopathologiques de l'adulte. S'intéresser aux troubles anxieux de l'enfant ne relève pas seulement d'un intérêt théorique, c'est aussi permettre un dépistage précoce et une prise en charge adaptée pour des enfants dont le devenir s'avère potentiellement compromis.

Facteurs de risque

Les recherches empiriques portant sur l'étiologie des troubles anxieux chez l'enfant ont permis d'identifier un certain nombre de facteurs de risque. Il est clair cependant qu'il est impossible d'isoler, chez un enfant donné, un seul facteur de risque qui aurait à lui seul valeur prédictive de la survenue de troubles anxieux. La vulnérabilité aux troubles anxieux résulte toujours de l'interaction de plusieurs facteurs de risque, les uns individuels, les autres environnementaux. Si ces facteurs de risque peuvent avoir un effet cumulatif, leur valeur prédictive n'est toutefois pas identique. Par ailleurs, l'impact de ces facteurs de risque sur la survenue ultérieure de troubles anxieux peut aussi varier en fonction de leur moment de survenue au cours du développement.

Quoi qu'il en soit, la connaissance de ces facteurs de risque revêt une importance majeure dans une perspective de prévention (Coie et coll., 1993 ; Mrazek et Haggerty, 1994).

Attachement angoissé

À la suite des travaux de Bowlby (1969, 1973), la qualité de l'attachement entre le nourrisson et sa mère (ou son substitut) est classiquement considérée comme jouant un rôle important dans le développement des troubles anxieux chez l'enfant. Malheureusement, la plupart des données supportant ce modèle sont indirectes, ce qui en limite la validité. Une étude récente, portant sur 172 enfants évalués à 12 mois et à 17,5 ans, suggère toutefois qu'un attachement angoissé-résistant à 12 mois serait prédictif de la survenue de troubles anxieux, même lorsque l'effet lié à l'anxiété maternelle et au tempérament de l'enfant est contrôlé (Warren et coll., 1997). Le problème de savoir si la qualité de l'attachement a elle-même un pouvoir prédictif sur le développement ultérieur de l'enfant reste cependant l'objet de controverses. Pour certains auteurs, la qualité de l'attachement traduirait plutôt un style d'interactions entre l'enfant et sa figure d'attachement, et dépendrait donc essentiellement des circonstances de vie du moment. La qualité de l'attachement serait ainsi liée, pour une large part, à la provenance socioéconomique des familles : les enfants présentant un attachement angoissé seraient surreprésentés dans les couches sociales défavorisées, en raison probablement d'un environnement trop peu stimulant, manquant de stabilité, et proposant des figures d'attachement peu disponibles (Van Ijzendoorn et Kroonenberg, 1988). Dans ces conditions, il est difficile de savoir dans quelle mesure le devenir de l'enfant est influencé par la nature des expériences relationnelles précoces avec la figure d'attachement, ou s'il témoigne simplement de la qualité de l'environnement (Lamb et coll., 1984 ; Bretherton et Waters, 1985).

Inhibition comportementale

L'inhibition comportementale est un concept élaboré par Kagan et coll. (1987) à partir des études longitudinales que ces auteurs ont réalisées sur le tempérament et sa stabilité au cours de la vie. Cette dimension, évaluée en laboratoire, se manifeste par une timidité, une réserve, des réactions de retrait face aux personnes, lieux ou situations non familiers. Elle s'accompagne d'une hyperréactivité du système nerveux sympathique et possède une forte composante génétique (Kagan, 1999).

L'inhibition comportementale serait préférentiellement retrouvée chez les enfants issus de parents ayant un trouble panique, et, à un moindre degré, chez les enfants issus de parents déprimés majeurs (Rosenbaum et coll., 1988). Plusieurs études ont montré que l'inhibition comportementale était prédictive de la survenue de troubles anxieux durant l'enfance (anxiété de séparation,

hyperanxiété et troubles phobiques principalement) (Biederman et coll., 1993 ; Rosenbaum et coll., 1993). Le mécanisme par lequel l'inhibition comportementale favorise la survenue de troubles anxieux implique sans doute la présence d'autres facteurs de risque : les parents des enfants inhibés et présentant des troubles anxieux ont eux-mêmes des taux significativement plus élevés de troubles anxieux, comparativement aux parents des enfants ne présentant qu'une inhibition comportementale et aux parents des enfants ne présentant ni inhibition comportementale ni troubles anxieux (Biederman et coll., 1990 ; Rosenbaum et coll., 1992). Les travaux d'Hirshfeld et coll. (1997a et b) suggèrent que les attitudes de surprotection et d'hypercontrôle associées à certains troubles anxieux chez les parents pourraient favoriser la stabilité de l'inhibition comportementale chez les enfants.

Antécédents familiaux de troubles affectifs

Plusieurs études plaident en faveur d'une agrégation familiale des troubles anxieux, suggérant l'existence d'un lien entre troubles anxieux de l'enfant et troubles anxieux des parents. Cependant, si ces études mettent l'accent sur l'importance transgénérationnelle des troubles anxieux, leur analyse montre qu'exception faite du trouble panique, il est difficile d'établir une continuité entre les troubles anxieux observés chez les enfants et ceux retrouvés chez les parents (Weissman et coll., 1984 ; Last et coll., 1987, 1991 ; Turner et coll., 1987). D'autres études mettent aussi en évidence un haut degré d'association entre troubles anxieux de l'enfant (en particulier pour le trouble anxiété de séparation) et troubles dépressifs chez les parents (Mc Knew et coll., 1979 ; Livingston et coll., 1985 ; Turner et coll., 1987). À ce titre, une étude portant sur la concordance au sein de la fratrie des diagnostics psychiatriques observés chez les enfants de parents déprimés retrouve un degré de concordance significativement plus élevé pour les troubles anxieux, comparativement à celui retrouvé pour la dépression ou le trouble des conduites (Rende et coll., 1995).

Si les études familiales suggèrent fortement l'existence d'une relation entre troubles anxieux de l'enfant et troubles affectifs chez les parents, elles ne résolvent en rien la question du mode de transmission, environnemental ou génétique. Il existe certes des preuves tangibles permettant d'affirmer qu'aussi bien la peur « normale » que l'anxiété, sous la forme de symptômes ou de syndromes, répondent à un certain degré de contrôle génétique (ceci apparaissant particulièrement net pour le trouble panique et les troubles phobiques) (Marks, 1986). Le poids de l'héritabilité dans les symptômes anxieux de l'enfant ne serait cependant que d'environ 40 %-50 % (Thapar et Mc Guffin, 1995). C'est dire que des variables environnementales (événements de vie, attitudes parentales...) interviennent aussi, en interaction avec les facteurs de vulnérabilité génétiques, dans le déterminisme et l'expression clinique des troubles anxieux chez l'enfant (Leboyer et Lépine, 1988). Les travaux de Silverman et coll. (1988), par exemple, suggèrent que l'intensité et la fréquence des comportements d'évitement associés à certains troubles anxieux

chez les parents auraient plus de valeur prédictive sur les troubles psychopathologiques rencontrés chez les enfants que le diagnostic clinique lui-même.

Événements de vie

À la suite d'un événement traumatisant (comme une catastrophe naturelle par exemple), de nombreux enfants développent des peurs et des manifestations anxieuses : comportements d'évitement, plaintes somatiques, dépression, troubles du sommeil et expériences intrusives de reviviscence sont fréquemment rapportés (Dollinger et coll., 1984 ; Dollinger, 1986). Dans la plupart des cas, ces symptômes s'améliorent relativement rapidement. De nombreuses études témoignent cependant d'une augmentation de la fréquence des troubles anxieux chez les enfants ayant subi de tels événements (Terr, 1981 ; Dollinger et coll., 1984 ; Yule et Williams, 1990).

Si des événements de cette nature sont relativement rares, les enfants sont plus souvent confrontés à des événements de vie dits négatifs ou stressants tels que séparation ou divorce des parents, maladie ou décès d'un membre de la famille, conflits intrafamiliaux, hospitalisation, déménagement, changement d'école... De nombreux travaux montrent aussi que le nombre de ces événements observé chez les enfants anxieux est effectivement significativement plus important que celui retrouvé chez les enfants non anxieux (Benjamin et coll., 1990 ; Goodyer et coll., 1988, 1990 ; Goodyer et Altham, 1991 ; Kashani et coll., 1990), suggérant que dans deux tiers des cas environ ces événements de vie pourraient être considérés comme des facteurs étiologiques possibles (Goodyer et coll., 1985).

Cependant, comme le soulignent Sandler et Ramsay (1980), les événements de vie en eux-mêmes ne peuvent en aucun cas résumer toute l'étiologie des troubles mentaux de l'enfant : le mécanisme par lequel un événement de vie affecte un enfant fait intervenir plusieurs facteurs tels que la fréquence des récurrences des événements de vie, l'état psychologique de l'enfant, la structure sociale et les ressources de la famille, et les capacités des parents à soutenir l'enfant, chacun de ces facteurs concourant à créer chez l'enfant une vulnérabilité particulière au stress provoqué par ces événements de vie. Dans ce contexte, plusieurs études suggèrent que l'impact des événements de vie sur le développement ultérieur de troubles anxieux chez l'enfant pourrait être médiatisé par les attitudes parentales. Mc Farlane (1987), par exemple, retrouve des taux de symptômes post-traumatiques plus élevés chez les enfants ayant des mères présentant elles-mêmes un haut degré d'anxiété et ayant tendance à surprotéger leur enfant. De même, les attitudes parentales semblent jouer un rôle important dans les troubles anxieux engendrés chez l'enfant par un stress médical (hospitalisation, intervention douloureuse) (Bush et coll., 1986 ; Jacobsen et coll., 1990 ; Bailly et coll., 1993). De façon générale, les résultats de l'étude de Kashani et coll. (1990) suggèrent que les relations intrafamiliales

et le profil psychopathologique général des parents pourraient être significativement plus perturbés chez les enfants ayant un trouble anxieux que chez les enfants présentant d'autres troubles psychiatriques.

Attitudes parentales

Au vu des données précédentes, il apparaît manifeste que les attitudes parentales sont susceptibles d'interagir avec de nombreux autres facteurs de risque dans le développement des troubles anxieux chez l'enfant. Depuis quelques années, plusieurs auteurs se sont attachés à préciser les caractéristiques parentales associées aux troubles anxieux de l'enfant. Les travaux de Barrett et coll. (1996) suggèrent que les parents des enfants anxieux se différencieraient des autres parents dans la manière d'apprendre à leurs enfants à interpréter et à répondre aux signaux ambigus de menace. Ces auteurs montrent que les enfants anxieux et leurs parents perçoivent de nombreuses situations comme menaçantes. Confrontés à des problèmes sociaux ambigus, ils adoptent, plus que les autres, des stratégies d'évitement. L'analyse des interactions familiales montre que les stratégies d'évitement adoptées par les enfants sont grandement influencées par l'attitude des parents (interprétation, réponses envisagées) face aux diverses situations qui leur sont proposées (Dadds et coll., 1996). Dans le même ordre d'idée, des attitudes parentales de surprotection, d'hypercontrôle et de critique exagérée pourraient, directement ou en interaction avec d'autres facteurs de risque, favoriser le développement des troubles anxieux chez l'enfant (Krohne, 1990, 1992). Selon Krohne et Hock (1991), les attitudes parentales de surprotection et d'hypercontrôle pourraient interférer avec les processus d'acquisition par l'enfant de compétences sociales et de stratégies de résolution de problèmes efficaces, entraînant ainsi chez l'enfant des difficultés à faire face aux événements de vie stressants. De plus, les attitudes parentales de surprotection et d'hypercontrôle pourraient aussi entraîner chez l'enfant des doutes sur sa valeur personnelle et un manque de confiance dans ses capacités de réussite.

Aspects cliniques

Chez l'enfant et l'adolescent, il est rare d'observer un trouble anxieux de façon isolée : les différents troubles anxieux s'ajoutent souvent les uns aux autres. Dans une étude portant sur une population de 188 enfants et adolescents, âgés de 5 à 18 ans, admis consécutivement dans une clinique spécialisée, Last et coll. (1992) retrouvent au moins un autre trouble anxieux associé dans 62 % à 90 % des cas, suivant le trouble anxieux primaire considéré. Les études réalisées en population générale confirment la forte comorbidité des troubles anxieux entre eux, dans des proportions moindres toutefois (15 % à 35 % des cas) (Benjamin et coll., 1990 ; Kashani et Orvaschel, 1990 ; Mc Gee et coll., 1990). C'est dire que la constatation d'un trouble anxieux chez l'enfant et

l'adolescent doit systématiquement faire rechercher d'autres troubles anxieux associés.

De même, il est fréquent d'observer, à un moment ou à un autre de leur évolution, d'autres troubles mentaux associés aux troubles anxieux. Dans leur étude réalisée en population clinique, Last et coll. (1992) retrouvent au moins un trouble dépressif associé dans 25 % à 55 % des cas, et au moins un trouble du comportement associé dans 8 % à 27 % des cas, suivant le trouble anxieux primaire considéré.

Pour plus de clarté, les différents troubles anxieux seront ici envisagés séparément, sans tenir compte des formes associées.

Trouble anxiété de séparation

Le trouble anxiété de séparation est le seul trouble émotionnel reconnu comme débutant spécifiquement durant l'enfance ou l'adolescence. C'est aussi, parmi les troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent, le diagnostic le plus fréquemment retrouvé. Son intérêt résulte non seulement de sa fréquence et de la gravité de son retentissement et de ses complications, mais aussi du fait que des études de plus en plus nombreuses semblent indiquer qu'il pourrait représenter un facteur prédisposant particulièrement important au développement ultérieur de troubles anxio-phobiques et dépressifs (Baillly, 1995, 1997).

De l'angoisse de séparation développementale au trouble anxiété de séparation

L'angoisse de séparation développementale est une donnée normale, obligatoire et attendue chez tout enfant. Cette réaction de détresse qui survient lorsque le bébé est séparé de la présence physique de sa figure principale d'attachement (le plus souvent sa mère) apparaît vers le sixième mois avec des pics de fréquence à 8 et 11 mois. Entre 12 et 24 mois, ce phénomène est observable chez la plupart des enfants. L'angoisse de séparation développementale est une donnée supposée universelle, qui serait présente dans toutes les races et toutes les cultures, et que l'on retrouve dans un certain nombre d'espèces animales, en particulier chez les mammifères. Elle témoigne chez l'enfant d'un véritable besoin qui correspond à ce que Bowlby (1969, 1973) a appelé l'attachement. Avec l'âge, l'enfant va tolérer des séparations de plus en plus longues et ses réactions d'anxiété à la séparation seront de plus en plus discrètes. Cette évolution progressive vers l'autonomie se poursuivra jusqu'à la fin de l'adolescence. Elle résulte des interactions et des expériences vécues entre l'enfant, sa figure d'attachement et l'environnement, et met en jeu tous les facteurs qui influencent la maturation et le développement de l'enfant (Campbell, 1986 ; Vila et Mouren-Siméoni, 1992). Mais c'est dire aussi que des symptômes d'anxiété de séparation peuvent être présents pendant longtemps durant l'enfance et l'adolescence. Dans une étude réalisée à partir de données recueillies auprès de 482 mères, Lapouse et Monk (1959) notaient

déjà que 41 % des enfants âgés de 6 à 12 ans avaient peur qu'un membre de la famille tombe malade, soit victime d'un accident ou meure. Le travail de Gorin et coll. (1996), réalisé à partir des réponses des enseignants et des parents à un questionnaire portant sur les items du DSM-III-R, confirme ces données, en soulignant notamment la fréquence des manifestations d'angoisse de séparation retrouvées chez les enfants âgés de 2 à 7 ans (tableau 14.1). L'étude de Bell-Dolan et coll. (1990), réalisée chez 62 enfants âgés de 5 à 18 ans, sélectionnés pour être représentatifs de la population générale et exempts de toute pathologie, montre que ces manifestations d'anxiété de séparation n'ont pas de stabilité dans le temps.

Tableau 14.1 : Prévalence des manifestations d'angoisse de séparation chez 1 206 enfants âgés de 2 à 7 ans (Gorin et coll., 1996)

Manifestations d'angoisse de séparation (items du DSM-III-R)	Prévalence (%)	
	Entrée en maternelle (2-4 ans) N = 589	Entrée au cours préparatoire (5-7 ans) N = 617
Peur d'un danger menaçant leurs parents	6	9
Peur qu'un danger les sépare de leurs parents	17	15
Refus de dormir en dehors de la maison	16	11
Besoin de leurs parents pour s'endormir	27	18
Plaintes somatiques les jours d'école	3	8
Impossibilité de rester seul dans une pièce de la maison sans venir voir un de leurs parents	41	16

La caractéristique essentielle du trouble anxiété de séparation consiste en un tableau clinique dans lequel la perturbation principale est une anxiété excessive lorsque l'enfant est séparé des personnes auxquelles il est principalement attaché. La figure principale d'attachement est certes le plus souvent la mère, mais il peut aussi s'agir du père notamment lorsque celui-ci a une fonction maternante dans le couple. La séparation peut également concerner la maison ou d'autres lieux familiers. Le mode d'installation du trouble est variable, le plus souvent brutal chez un enfant qui ne présentait jusque-là aucune perturbation manifeste, mais il peut être aussi progressif. Trois séries de signes, qui peuvent survenir conjointement ou indépendamment, sont habituellement distinguées (Mouren-Siméoni et coll., 1991, 1993 ; Bailly, 1997) :

- La détresse lors de la séparation : chez le jeune enfant elle ne se manifeste que lorsque la séparation est effective ; chez l'enfant plus grand et chez l'adolescent, elle peut aussi survenir lorsqu'une séparation est à redouter et/ou imminente. L'intensité de cette détresse est variable : certains enfants présenteront une angoisse généralisée mais légère à toutes les séparations ; d'autres une angoisse sévère en réponse à des séparations spécifiques. Des signes ou des

plaintes répétitifs témoignent alors de cette angoisse extrême : pleurs, crises de colère, demande pressante aux parents de ne pas partir. Dans les formes les plus sévères, elle peut revêtir l'aspect d'un véritable état de panique avec son cortège de signes somatiques : céphalées (souvent d'apparition précoce et prédictive de la constitution du trouble), nausées, vomissements, maux d'estomac ; et chez les adolescents surtout : palpitations, vertiges, impression d'évanouissement. Dans certains cas, cette détresse est telle que l'enfant peut affirmer désirer mourir, en particulier lorsque la séparation se prolonge. En permanence préoccupé par son accessibilité à la mère (ou à son substitut), l'enfant peut refuser de rester seul chez lui, d'aller faire des courses, de s'endormir seul, de rendre visite à des amis et *a fortiori* d'y coucher, d'aller en colonie de vacances ou même à l'école. Il peut être incapable de rester seul dans une pièce, s'agrippant à sa mère et la suivant comme une ombre ou l'appelant régulièrement pour s'assurer de sa présence. Ces enfants sont souvent décrits comme exigeants, intrusifs, réclamant une attention constante. Ne pouvant éviter toutes les séparations, il arrive qu'ils se plaignent que personne ne les aime ou ne se soucie d'eux. Certains adolescents, en particulier de sexe masculin, peuvent dénier le fait d'être préoccupés par leur mère et de vouloir rester auprès d'elle. Leur réticence ou leur incapacité à quitter la maison ou leur mère témoigne alors de leur anxiété concernant la séparation.

- Les ruminations et les préoccupations morbides : elles portent surtout sur l'intégrité de la famille, mais aussi sur l'intégrité de l'enfant lui-même. Leur contenu est variable et peut concerner toutes les situations que l'enfant perçoit comme un danger pour sa propre intégrité ou celle de sa famille : crainte qu'il n'arrive des accidents ou des maladies à ses parents ou à lui-même ; peur exagérée des agresseurs, des voleurs ou des ravisseurs d'enfants, des accidents de voiture ou des voyages en avion ; peur de se perdre et de ne jamais retrouver ses parents ; peur d'être puni et de ce fait séparé de sa famille. Chez le jeune enfant, ces préoccupations sont généralement vagues et peu spécifiques. Avec l'âge, elles peuvent se systématiser autour de dangers potentiels identifiables. À l'extrême, ces pensées dysfonctionnelles peuvent exister seules, prenant une allure quasi obsessionnelle et parasitant le contenu mental de l'enfant, mais sans modification comportementale observable. De nombreux enfants, même grands, ne se plaignent cependant pas de menaces définies, mais plutôt d'une anxiété se rapportant à des dangers imprécis. Des préoccupations concernant la mort en général sont aussi fréquentes, notamment chez les adolescents. De même, il n'est pas rare d'observer surtout chez les plus jeunes des cauchemars répétés à thème de séparation. Ces craintes peuvent rendre compte de l'attitude générale de ces enfants, parfois décrits comme particulièrement consciencieux, obéissants et désireux de faire plaisir. Ces pensées dysfonctionnelles ne manquent jamais et doivent être systématiquement recherchées : elles prennent toute leur valeur chez les enfants qui en dehors de l'école sont peu confrontés aux situations de séparation (la tolérance à la séparation varie considérablement selon les cultures, mais il est aussi

des familles qui pour des raisons pathologiques aménagent leur existence pour éviter au maximum les séparations).

- La nostalgie du chez soi et un intense désir de réunion familiale : ces enfants se sentent mal à l'aise quand ils sont éloignés de chez eux. Ils peuvent ressentir un sentiment de manque de la « maison » ou de la famille, exprimer une nostalgie aiguë de leur « maison » et passer leur temps à imaginer les retrouvailles. Ils se montrent alors tristes, malheureux, apathiques, et ne peuvent se concentrer sur aucune activité (travail, jeux).

Si les rapports entre l'angoisse de séparation développementale et le trouble anxiété de séparation restent l'objet de controverses, l'idée d'une continuité entre l'angoisse de séparation développementale et le trouble anxiété de séparation semble aujourd'hui implicitement admise dans les nouvelles classifications internationales (CIM-10, DSM-IV) (Bailly et coll., 1994 ; Blandin et coll., 1994 ; Bailly, 1995). Ainsi, pour Vila et Mouren-Siméoni (1992), le trouble anxiété de séparation peut être considéré « quantitativement comme une pathologie par excès de l'attachement conduisant à trop de dépendance et qualitativement comme une perturbation des interactions entre l'enfant et ses figures principales d'attachement – ses parents, sa mère notamment dans notre société – à l'origine d'une fragilité dans la constitution du soi ». Dans cette perspective, deux types de critères sont utilisés pour différencier le trouble anxiété de séparation de l'angoisse de séparation développementale (Bailly, 1995, 1997). Sur le plan chronologique, le trouble anxiété de séparation apparaît soit comme la persistance anormalement prolongée d'une angoisse de séparation ayant débuté au cours de la période appropriée du développement, soit comme la résurgence de réactions d'anxiété à la séparation à un âge où celles-ci sont normalement modérées ou absentes. Par ailleurs, le trouble anxiété de séparation se distingue aussi de l'angoisse de séparation développementale par l'intensité de ses manifestations et de son retentissement sur le fonctionnement de l'enfant. À ce titre, Vila et Mouren-Siméoni (1992) soulignent la nécessité de tenir compte de la réaction à l'instant de la séparation, mais aussi du comportement consécutif à l'absence de la figure d'attachement et dégagent, sur le plan phénoménologique, plusieurs situations permettant d'évaluer l'intensité de l'angoisse de séparation par ses répercussions : une séparation peut être très mal vécue avec des pleurs qui durent des heures ; le comportement peut être très désorganisé après le départ de la mère (abattement, prostration, chute des performances, peur, excitation...) ; les comportements négatifs peuvent se répéter à chaque séparation ; une anticipation de l'anxiété avant une séparation prévue peut mener à des refus, des évitements, une désorganisation des comportements, des somatisations, de la colère... ; une anticipation anxieuse de toute possibilité de séparation peut survenir, sous forme de craintes et de peurs permanentes (cauchemars, peur d'être kidnappé, peur qu'un accident n'arrive aux parents, peur d'une catastrophe qui sépare l'enfant des figures d'attachement...). Dans le DSM-IV, trois manifestations ou plus d'anxiété de séparation, persistant durant quatre semaines au moins et

entraînant une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement de l'enfant (sur les plans social, scolaire ou autres), sont requises pour porter le diagnostic de trouble anxiété de séparation.

Variations de la symptomatologie en fonction de l'âge et du sexe

Toutes les études s'accordent sur la très nette prédominance féminine du trouble anxiété de séparation, avec un *sex ratio* d'environ 0,5 garçon pour 1 fille (Bailly, 1997).

Si les classifications internationales donnent une description assez univoque du trouble anxiété de séparation, ne laissant que peu de place à la dimension développementale, le travail de Francis et coll. (1987) laisse à penser au contraire que des différences notables peuvent être observées en fonction de l'âge. Ces auteurs ont étudié la phénoménologie du trouble chez 45 enfants âgés de 5 à 16 ans présentant un trouble anxiété de séparation selon les critères du DSM-III. Leurs résultats ne montrent aucune différence significative en fonction du sexe. En revanche, l'âge apparaît comme une variable importante conditionnant à la fois la spécificité de la symptomatologie et le nombre total de symptômes présents. Les enfants les plus jeunes (5 à 8 ans) et les adolescents (13 à 16 ans) présentent un nombre significativement plus élevé de symptômes spécifiques que les enfants d'âge moyen (9 à 12 ans). De même, certains symptômes sont retrouvés avec une fréquence significativement plus élevée en fonction des tranches d'âge considérées : la peur d'un danger possible menaçant les figures d'attachement et un refus scolaire chez les enfants les plus jeunes ; un repli sur soi, une apathie, une tristesse et des troubles de la concentration chez les enfants d'âge moyen ; un désintérêt scolaire et des plaintes somatiques chez les adolescents.

Modalités évolutives

Par définition, le trouble anxiété de séparation débute avant l'âge de 18 ans. Dans la plupart des cas, l'âge moyen de début du trouble se situe aux alentours de 6-7 ans (Last et coll., 1992 ; Bailly, 1997). À ce titre, la CIM-10 considère que le diagnostic de trouble anxiété de séparation ne peut être porté que si la perturbation est survenue pour la première fois au cours des premières années (dans le DSM-IV, est individualisée une forme particulière à début précoce, avant l'âge de 6 ans). Des données récentes montrent cependant qu'un début à l'adolescence, après l'âge de 15 ans, n'est pas rare (Bailly, 1997).

Si le début du trouble peut être spontané (Marker-Zitrin et Ross, 1988), il survient aussi souvent à la suite d'un événement de vie stressant (maladie, hospitalisation, décès dans la famille, déménagement, changement d'école...) entraînant une modification dans le profil d'attachement de l'enfant (Gittelman-Klein et Klein, 1985 ; Bailly et coll., 1993). Le refus d'aller à l'école ou des plaintes somatiques (douleurs abdominales, nausées) les jours d'école, le refus de dormir seul ou d'autres troubles du sommeil sont les motifs les plus fréquents de consultation.

L'évolution générale du trouble anxiété de séparation est mal connue. Typiquement, cette évolution s'étalerait sur plusieurs années avec une alternance de périodes de rémission et d'exacerbation favorisée par des facteurs déclenchants (Cantwell et Baker, 1989 ; Bell-Dolan et Brazeal, 1993 ; Last et coll., 1996). Pour Mouren-Siméoni et coll. (1993), le trouble disparaîtrait spontanément dans deux tiers des cas environ, l'évolution sur un mode chronique ou par poussées ne concernant qu'un tiers des cas environ. Des données récentes issues d'études rétrospectives plaident cependant plutôt en faveur d'une continuité du trouble anxiété de séparation entre l'enfance et l'adolescence, un diagnostic de trouble anxiété de séparation au moment de l'adolescence étant retrouvé chez deux tiers environ des sujets ayant développé un trouble anxiété de séparation durant l'enfance (Bailly, 1997). Quant à l'évolution du trouble à l'âge adulte, elle n'a fait l'objet à l'heure actuelle d'aucune étude particulière. Le DSM-IV signale simplement que l'anxiété concernant les séparations et l'évitement des situations impliquant une séparation peuvent persister durant de nombreuses années. Des travaux suggèrent aussi que le trouble peut persister tel quel à l'âge adulte dans un certain nombre de cas (Gittelman-Klein et Klein, 1985 ; Yeragani et coll., 1989).

Phobie sociale (trouble anxiété sociale)

Bien que rarement diagnostiquée durant l'enfance, la phobie sociale apparaît, parmi les troubles psychiatriques de l'adulte, comme celui qui débute le plus précocement. En fait, si la phobie sociale peut être cliniquement repérée très tôt chez l'enfant, son diagnostic à cet âge de la vie pose encore de nombreux problèmes et très peu de travaux ont été jusqu'à ce jour spécifiquement consacrés à ce sujet (Servant et Parquet, 1997).

Des peurs sociales développementales à la phobie sociale

L'anxiété sociale chez l'enfant et l'adolescent apparaît comme une dimension directement liée aux processus de développement. La peur du contact avec un adulte non familial, la survenue d'une anxiété au cours des premières expériences de socialisation sont aussi banales chez le petit enfant que l'émotion à l'occasion des premiers contacts avec le sexe opposé chez l'adolescent. Globalement, la fréquence des inquiétudes liées à la pression de la réalité, et en particulier à la pression sociale, augmente de l'enfance à l'adolescence. Il en est ainsi, par exemple, pour les craintes scolaires et les relations à autrui. Des études réalisées en population normale montrent que le rôle anxiogène du regard d'autrui sur les performances augmente avec l'âge : si les enfants âgés de moins de 12 ans sont peu perturbés par le regard attentif du groupe, en revanche, les adolescents (entre 13 et 18 ans) ont une qualité de performance significativement moindre lorsqu'ils sont observés attentivement par un groupe (Tice et coll., 1985). En règle générale cependant, ces craintes sociales sont peu tenaces, même si elles ont tendance à persister tout au long de

l'enfance et de l'adolescence (Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Schneier et Welkowitz, 1996 ; Servant et Parquet, 1997).

La caractéristique clinique essentielle de la phobie sociale est une peur persistante et intense des situations dans lesquelles l'enfant est en contact avec des gens non familiers ou exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui (l'anxiété doit survenir en présence d'autres enfants et pas seulement dans les relations avec les adultes). Chez l'enfant, les principales situations redoutées sont, par ordre de fréquence décroissante : parler en public, manger en face des autres, être en classe avec les autres enfants, écrire en étant observé, utiliser les toilettes publiques, parler à des personnes représentant l'autorité (Beidel, 1991, 1998). À cet âge, les situations en relation avec le cadre scolaire sont particulièrement fréquentes : crainte de prendre la parole, de passer au tableau, de lire à haute voix, de demander des renseignements, de faire du sport, de participer à une sortie ou à une activité de groupe. Chez l'adolescent, demander ou aller à un rendez-vous avec une fille ou un garçon peut prendre des proportions considérables (Schneier et Welkowitz, 1996 ; Servant et Parquet, 1997). L'exposition à ces situations sociales redoutées provoque de façon quasi systématique une anxiété et une détresse intenses qui, chez l'enfant, s'expriment souvent sous forme de manifestations somatiques (palpitations, nausées, sensation de boule dans la gorge, tremblements, rougeur, sueurs...). L'anxiété peut aussi s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou de retrait. En règle générale, ces enfants luttent pour que ces manifestations anxieuses ne soient pas observées par les autres et perdent, de ce fait, leurs capacités d'adaptation : le « trou noir » (altération de la mémoire d'évocation) est un bon exemple du fonctionnement cognitif altéré par l'anxiété sociale (Mouren-Siméoni et coll., 1993). Les situations sociales redoutées provoquent aussi une anxiété anticipatoire marquée (par exemple, le sommeil peut être perturbé les veilles de « situations à risque ») et entraînent des conduites d'évitement. De fait, ces enfants apparaissent inhibés ; ils évitent le regard. À l'école, ils se placent au fond de la classe par crainte d'être interrogés, de dire une « bêtise » et de provoquer des moqueries. S'ils désirent entrer en contact avec les autres, ils se sentent incapables de tenir une conversation, de prendre l'initiative. Ils déclinent les invitations, restreignent leur vie sociale par peur de ne pas savoir « quoi dire », ont peu d'amis. Admiratifs de ceux qui se comportent avec aisance, ils sont dans un état de frustration permanent et ont souvent l'impression d'être abandonnés s'ils se retrouvent seuls dans une situation sociale (Mouren-Siméoni et coll., 1993). Ces caractéristiques (timidité excessive, peur d'une gêne en société, isolement, retrait social) se retrouvent aussi chez les enfants présentant un mutisme sélectif (incapacité régulière à parler dans des situations sociales spécifiques alors que l'enfant parle dans d'autres situations), que certains auteurs assimilent à la phobie sociale (Black et Uhde, 1992 ; Olivier, 2000). Dans les formes sévères, l'anxiété sociale peut retentir sur l'apprentissage scolaire et les performances. Ceci peut entraîner un véritable cercle vicieux, la

mauvaise qualité des résultats justifiant alors l'évitement des situations phobogènes (Vera, 1992). Dans le même ordre d'idée, certains adolescents insatisfaits de leur apparence physique (surcharge pondérale, acné, nez trop long, cheveux qui frisent...) peuvent utiliser ces particularités morphologiques pour justifier le fait qu'ils ne parlent pas aux autres (Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Servant et Parquet, 1997).

Le DSM-IV distingue les phobies sociales spécifiques, qui concernent certaines situations sociales ou de performance bien particulières, et la phobie sociale de type généralisé qui concerne la plupart des situations sociales et de performance. Chez l'enfant, les phobies sociales spécifiques sont rares. Elles restent peu fréquentes chez l'adolescent et concernent alors surtout les contacts avec le sexe opposé ou le fait de parler à des figures d'autorité (Mouren-Siméoni et coll., 1993).

Les manifestations d'anxiété sociale sont peu spécifiques et il est souvent difficile de distinguer la phobie sociale des peurs sociales développementales, surtout chez le jeune enfant. La survenue quasi systématique de ces manifestations lors de la confrontation avec les autres est alors plus évocatrice du diagnostic de phobie sociale. Avec l'âge, le tableau clinique devient plus caractéristique. Ces enfants, très discrets et réservés en classe, sont cependant rarement signalés par les enseignants. Distinguer la phobie sociale de la timidité, qui est une conduite non pathologique particulièrement fréquente chez l'enfant et l'adolescent, n'est pas non plus toujours facile. Ne pas parler dans un groupe ou ne pas s'inscrire à une activité sportive ou culturelle pourtant désirée ne constitue pas en soi une phobie sociale. À l'inverse, certains enfants phobiques sociaux peuvent parfaitement s'intégrer dans un groupe, se comporter normalement sans avoir l'impression d'être jugés, lorsqu'ils se retrouvent avec d'autres enfants timides. Néanmoins, certains signes doivent attirer l'attention : une peur persistante de l'inconnu ou de l'étranger alors que les relations avec les personnes familières sont de bonne qualité, une peur persistante du jugement de la part des proches, un retrait persistant vis-à-vis des adultes non familiers et des enfants du même âge. En définitive, c'est surtout l'intensité du sentiment de souffrance et l'importance du retentissement des manifestations d'anxiété sociale sur les habitudes de l'enfant, ses relations avec autrui, et ses activités sociales et/ou scolaires qui orienteront vers le diagnostic de phobie sociale (Beidel, 1991 ; Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Schneier et Welkowitz, 1996 ; Servant et Parquet, 1997).

Variations de la symptomatologie en fonction de l'âge et du sexe

La plupart des études s'accordent sur la prédominance féminine du trouble anxiété sociale, avec un *sex ratio* filles/garçons d'environ 1,5. Cette prédominance féminine apparaît toutefois plus faible que pour les autres troubles phobiques (Servant et Parquet, 1997).

Plusieurs travaux soulignent le rôle des relations sociales et du cadre dans lequel se déroulent les interactions sociales dans l'expression clinique de la phobie sociale chez l'enfant et l'adolescent. C'est dire que l'expression clinique du trouble va varier avec l'âge (tableau 14.II) (Schneier et Welkowitz, 1996). Globalement, chez l'enfant, l'anxiété sociale est plus diffuse et concerne la peur de ne pas savoir se défendre, d'être le « bouc émissaire », d'être rejeté, de ne pas avoir d'amis... Chez l'adolescent, le trouble se centre surtout sur l'apparence physique et les performances sociales et/ou intellectuelles (Mouren-Siméoni et coll., 1993).

Modalités évolutives

Les études rétrospectives montrent que l'âge moyen de début du trouble est compris entre 12 et 15 ans, avec deux pics de fréquence, l'un aux alentours de 5 ans et l'autre aux alentours de 13 ans. Un âge de début plus tardif est possible, mais la survenue du trouble après l'âge de 25 ans est inhabituelle (Schneier et coll., 1992). L'âge de début du trouble semble également varier en fonction du type de phobie sociale considéré : la phobie sociale de type généralisé apparaît plus précocement, avec un âge moyen de début aux alentours de 11 ans, tandis que les phobies sociales spécifiques apparaissent plus tardivement, avec un âge moyen de début aux alentours de 17 ans (Mannuzza et coll., 1995).

L'installation du trouble se fait le plus souvent sur un mode insidieux et progressif. Un facteur de changement extérieur (déménagement, changement d'établissement scolaire...), un épisode humiliant, points de départ d'un évitement phobique invalidant, sont parfois retrouvés à l'origine du repérage du trouble. Dans d'autres cas, le trouble n'est repéré qu'à l'occasion de la survenue de complications (refus scolaire, abus de substances psychoactives) (Servant et Parquet, 1997).

L'évolution de la phobie sociale se fait sur un mode chronique. Des études montrent qu'un début du trouble avant l'âge de 11 ans est hautement prédictif de sa persistance à l'âge adulte (Davidson et coll., 1993).

Phobies spécifiques (phobies simples)

Si les phobies de l'enfant ont donné lieu à de nombreuses descriptions et interprétations, très peu de travaux ont cherché à préciser de façon systématique leurs caractéristiques associées, leur évolution et leur valeur pronostique. De fait, les phobies de l'enfant posent toujours la question de l'opportunité de leur prise en charge (Mouren-Siméoni et coll., 1993).

Des peurs développementales aux phobies spécifiques

La plupart des enfants connaissent au cours de leur développement des peurs et des craintes variées. De fait, les peurs font partie du développement normal de tout enfant. Celles-ci varient beaucoup en fonction de l'âge. Les nourrissons craignent surtout les stimuli soudains, bruyants et imprévisibles, et, vers

Tableau 14.II : Variations de l'expression clinique de la phobie sociale en fonction de l'âge (Schneier et Welkowitz, 1996)

Age préscolaire/école maternelle	École primaire	Collège	Lycée
Peur persistante des étrangers			
Comportement d'agrippement	Comportement d'agrippement		
Refus de parler, en particulier à l'école	Refus de parler, en particulier à l'école		
Plaintes somatiques	Plaintes somatiques	Plaintes somatiques	
Refus scolaire	Refus scolaire	Refus scolaire	
	Peu ou pas d'amis	Peu ou pas d'amis	Peu ou pas d'amis
	Anxiété extrême au sujet des examens	Anxiété extrême au sujet des examens	Anxiété extrême au sujet des examens
	Peur de prendre la parole en classe	Peur de prendre la parole en classe	Peur de prendre la parole en classe
		Évite de se changer devant les autres	
		La plupart du temps seul lorsqu'il y a du monde	
		Passe la plupart de son temps dans des activités scolaires	
			Évite les rendez-vous et les activités sociales de groupe

la fin de la première année, les objets nouveaux. À l'âge préscolaire, les enfants ont surtout peur des animaux, de l'obscurité (peur du noir), de créatures imaginaires (fantômes, monstres...). Plus de la moitié ont des frayeurs nocturnes centrées sur ce qui peut arriver dans l'obscurité. Par la suite, se rencontrent surtout les peurs d'une maladie, d'un danger physique, d'un accident, des blessures, de phénomènes naturels (orage, éclairs...) Les filles rapporteraient des peurs plus nombreuses et plus intenses que les garçons. Globalement, les peurs diminuent de la petite enfance à l'adolescence, avec une recrudescence cependant entre l'âge de 9 et 11 ans. La peur du noir ou des monstres disparaît complètement vers l'âge de 10 ans ; environ 80 % des enfants de 5-6 ans ont peur de certains animaux, alors que cette peur ne concerne que 20 % environ des adolescents de 13-14 ans (Mouren-Siméoni et coll., 1993).

Si les peurs sont fréquentes chez l'enfant, elles atteignent rarement une intensité importante (moins de 5 % des cas entre l'âge de 7 et 12 ans, selon Miller et coll., 1974). De plus, ces peurs sont le plus souvent transitoires : selon une étude d'Hagman (1932), 6 % des peurs observées à l'âge préscolaire disparaissent en une semaine, 54 % en trois mois, 100 % en trois ans.

La caractéristique clinique essentielle des phobies spécifiques est une peur intense et persistante à caractère irraisonné déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique. Le tableau clinique peut être appréhendé à partir des composantes cognitive, comportementale et physiologique de l'anxiété (Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Silverman et Rabian, 1994) :

- sur le plan subjectif-cognitif, la confrontation ou l'anticipation de la confrontation au stimulus phobogène provoque chez l'enfant une crainte ou une peur intense. Un thème fréquemment retrouvé chez l'enfant est la crainte qu'il lui arrive « quelque chose » s'il se trouve confronté à l'objet ou à la situation phobogène. Ces pensées dysfonctionnelles sont à l'origine d'une détresse intense qui peut interférer avec les capacités d'adaptation de l'enfant (difficultés de concentration, difficultés à s'engager dans une autre activité) ;
- sur le plan moteur-comportemental, les manifestations les plus fréquemment retrouvées sont la fuite et l'évitement. En règle générale, plus la phobie est sévère, plus les comportements d'évitement sont extensifs et peuvent interférer avec le fonctionnement de l'enfant (refus d'aller à l'école, refus de rendre visite à des parents ou des amis, refus de participer à des activités familiales...). Parfois, il est impossible pour l'enfant d'échapper à la situation phobogène. Dans ces cas, il peut adopter des comportements visant à retarder cette confrontation (par exemple, un enfant ayant la phobie du noir peut présenter une hyperactivité vespérale pour éviter d'aller se coucher) ou exiger la présence à ses côtés d'une personne familière pour se sentir en sécurité. Des pleurs, des hurlements, des réactions de figement ou d'agrippement peuvent également être observés ;

- sur le plan physiologique, des phénomènes neurovégétatifs intenses et variés peuvent s'observer lors de l'exposition au stimulus phobogène : accélération du rythme cardiaque, respiration irrégulière, tremblements, sueurs, douleurs abdominales...

L'attitude générale de l'enfant vis-à-vis de son trouble est variable. Certains vont accepter son caractère absurde. D'autres vont le refuser et adopter des comportements de prestance ou de négation. La lutte de l'enfant pour cacher sa phobie peut être à l'origine de syndromes divers : comportements d'échec, inhibition scolaire, syndrome dépressif. L'enfant est généralement conscient du caractère disproportionné de sa peur, ce qui peut renforcer la perte de confiance en soi et générer un sentiment de honte (Mouren-Siméoni et coll., 1993).

Le DSM-IV distingue cinq types de phobies simples : animal, environnement naturel (orage, hauteurs, eau...), sang-injection-accident (ou toute autre procédure médicale invasive), situationnel (transports publics, tunnels, ponts, ascenseurs, voyages aériens, endroits clos...), autres (situations qui pourraient conduire à un étouffement, au fait de vomir ou de contracter une maladie, bruits forts, personnages déguisés...); dans ce cadre, on peut citer l'observation chez l'enfant de quelques phobies singulières : la phobie du sommeil (Connell et coll., 1987), la phobie de l'eau chaude (Osborn, 1986), la phobie des poupées (Hatcher, 1989) et la phobie de déglutition (Mc Nally, 1994 ; De Chouly De Lenclave et coll., 2000).

Sur le plan qualitatif, il semble qu'il n'existe pas de différence de nature entre les phobies spécifiques et les peurs développementales. C'est dire que le diagnostic de phobie spécifique repose avant tout sur des critères d'ordre quantitatif : persistance du trouble (une durée d'au moins six mois est exigée dans le DSM-IV) ; sévérité du trouble (intensité du sentiment de souffrance de l'enfant, importance du retentissement du trouble sur les habitudes de l'enfant, ses relations avec autrui et ses activités scolaires ou sociales).

Le contexte psychopathologique familial et propre à l'enfant doit également être pris en compte. L'existence d'autres troubles anxieux ou du comportement associés doit être recherchée. De même, l'attitude de l'entourage joue un rôle important dans l'évolution du trouble. Une compréhension excessive ou une attitude provocatrice de la part des parents (souvent liées à l'existence d'antécédents de troubles phobiques chez les parents) semble favoriser la pérennisation des phobies (Mouren-Siméoni et coll., 1993).

Variations de la symptomatologie en fonction de l'âge et du sexe

La plupart des études s'accordent sur la plus grande fréquence des phobies chez les filles que chez les garçons (Graziano et De Giovanni, 1979 ; Anderson et coll., 1987).

Les phobies varient en fonction de l'âge, du sexe, et du contexte familial et culturel dans lequel l'enfant évolue.

Pour certains auteurs, il existerait une chronologie dans l'apparition des phobies. Si la phobie des animaux se rencontre, en moyenne, vers l'âge de 6-7 ans, la phobie d'être mordu, mangé ou pourchassé par des animaux, quelles que soient leur taille et leur forme, et la phobie du contact (toucher) avec des petits animaux jugés répugnants peuvent être présentes dès le plus jeune âge (2-3 ans). La phobie de l'obscurité peut également s'observer chez le jeune enfant, associée au danger représenté par des créatures imaginaires (l'obscurité contribue largement au développement d'un grand nombre de phobies simples). À partir de l'âge de 4-5 ans, sont observées les phobies d'une blessure possible par noyade, feu et accident de la circulation. La phobie du sang apparaît, en moyenne, vers l'âge de 9 ans. Chez l'adolescent, se rencontrent les phobies de l'avion, des télésièges, du dentiste, des examens (Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Silverman et Rabian, 1994). Le contexte culturel détermine également le type de phobies rencontré. Il en est ainsi, par exemple, pour l'ogre des contes pour enfants, ou encore pour les « poupées tueuses » ou les requins (et le refus de se baigner dans la mer), thèmes véhiculés par des films et des bandes dessinées (Mouren-Siméoni et coll., 1993).

Modalités évolutives

La plupart des phobies se rencontrent durant l'enfance, l'âge moyen de début du trouble se situant, suivant le type de phobies considéré, entre 6 et 12 ans. En règle générale, on observe une diminution des phobies avec l'âge (Silverman et Rabian, 1994). Chez l'enfant, les phobies simples sont instables. Elles peuvent survenir sans raison apparente et s'éteindre tout aussi mystérieusement. Elles constituent rarement un motif de consultation (Mouren-Siméoni et coll., 1993).

L'évolution générale des phobies simples de l'enfant est mal connue. Une étude d'Agras et coll. (1972) montre que 100 % des enfants phobiques s'améliorent sans traitement en moins de cinq ans. Amélioration ne signifie pas cependant guérison. Une réinterprétation des données d'Agras et coll. par Ollendick (1979) suggère que des symptômes phobiques peuvent persister longtemps chez un certain nombre d'enfants. Dans une étude à deux ans après traitement, Hampe et coll. (1973) retrouvent une disparition complète des troubles chez 80 % des enfants examinés, alors que 7 % présentent encore des réactions de peur sérieuses. Certaines phobies, comme les phobies du sang et des blessures corporelles, peuvent persister jusqu'à l'âge adulte. Les études rétrospectives plaident aussi en faveur de la persistance à l'âge adulte des phobies simples de l'enfant dans un certain nombre de cas (Silverman et Rabian, 1994). Ces données doivent certainement faire reconsidérer la question de l'abstention thérapeutique chez les enfants présentant une phobie simple.

Trouble panique

Le trouble panique a longtemps été considéré comme rare avant l'âge de 18 ans. Ce n'est qu'à partir des années quatre-vingts que de nombreux travaux ont été publiés incitant à reconsidérer l'âge de début du trouble panique. Aujourd'hui, si l'existence du trouble panique chez l'enfant et l'adolescent ne fait plus de doute, de nombreux auteurs s'accordent à reconnaître que la méconnaissance de ce trouble à cet âge de la vie conduit encore fréquemment à des errements diagnostiques, à la multiplication des examens invasifs et des traitements abusifs, et à un retard à l'application d'une thérapeutique adaptée (Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Bailly, 1994 ; Ollendick et coll., 1994).

Attaques de panique, trouble panique et agoraphobie

Les attaques de panique se définissent comme des crises d'anxiété paroxystique de survenue brutale et d'évolution brève. La forme type de l'attaque de panique associe des manifestations somatiques et cognitives. L'accès survient brutalement et de façon imprévisible, sans facteur déclenchant, sans rien d'effrayant autour de l'enfant. L'anxiété arrive à son paroxysme en moins de dix minutes et l'accès dure en général quelques minutes, rarement plusieurs heures. Les signes somatiques les plus fréquents affectent la sphère cardio-respiratoire : palpitations, battements de cœur ou accélération du rythme cardiaque, sensations de « souffle coupé » ou impression d'étouffement, douleur ou gêne thoracique. Il peut s'agir aussi de signes neurologiques : tremblements ou secousses musculaires, sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement, paresthésies (sensations d'engourdissement ou de picotements). Les signes digestifs sont fréquents : sensation d'étranglement, nausées ou gêne abdominale. Des symptômes vasomoteurs peuvent être observés : transpiration, frissons ou bouffées de chaleur. Les signes cognitifs semblent dépendre de l'âge et peuvent manquer chez le jeune enfant : déréalisation (sentiment d'irréalité) ou dépersonnalisation (être détaché de soi), peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou, peur de mourir (tableau 14.III). Le DSM-IV exige la présence d'au moins quatre de ces symptômes pour poser le diagnostic d'attaque de panique. L'attaque de panique cesse en général aussi rapidement qu'elle est survenue, laissant le sujet inquiet, perplexe, parfois dans la crainte qu'un nouvel accès se reproduise, crainte qui peut se renforcer à mesure que les attaques de panique se succèdent (Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Ollendick et coll., 1994 ; Kearney et coll., 1997). Une des caractéristiques essentielles des attaques de panique est leur survenue indépendamment du lieu où se trouve l'enfant, qu'il s'agisse de la salle de classe, de la cour de récréation, du domicile des parents, de la table de travail, de la salle de jeux, de la rue (Mouren-Siméoni et coll., 1993). Par ailleurs, si la question du déclenchement nocturne possible des attaques de panique, réveillant ou non le sujet, reste discutée, des attaques de panique spontanées associées à des terreurs nocturnes et à des accès de somnambulisme ont été rapportées chez l'enfant prépubère (Garland et Smith, 1991). En

raison de leurs manifestations cardiaques, respiratoires, digestives et neurologiques, les attaques de panique chez l'enfant et l'adolescent posent de difficiles problèmes de diagnostic différentiel avec diverses affections organiques et sont souvent méconnues. Ainsi, Herskowitz (1986) souligne combien le diagnostic peut être difficile avec certaines affections neurologiques : migraines, pertes de connaissance brèves, vertiges, épilepsie temporale. Dans le même ordre d'idée, cette proximité symptomatique pose la question de la parenté possible des attaques de panique avec d'autres affections plus facilement reconnues chez l'enfant et l'adolescent. Il en est ainsi, par exemple, pour le syndrome d'hyperventilation : les enfants diagnostiqués comme ayant un syndrome d'hyperventilation présentent les mêmes caractéristiques physiologiques que celles décrites dans les attaques de panique, sans les manifestations cognitives (Nelles et Barlow, 1988). De même, la spasmophilie (entité clinique uniquement reconnue en France) associe, sur le plan symptomatique, des manifestations permanentes similaires à celles décrites dans les états anxieux et des épisodes paroxystiques tout à fait comparables aux attaques de panique. À ce titre, plusieurs études montrent que les patients considérés comme spasmophiles en médecine générale répondent en fait, selon les systèmes de classification utilisés en psychiatrie, soit à un diagnostic d'hystérie, soit à un diagnostic apparenté aux troubles anxieux paroxystiques (Bailly et Dewailly, 1995). Des attaques de panique isolées, ne répondant pas aux critères du trouble panique, sont fréquemment observées en population générale, en particulier chez l'adolescent (Von Korff et coll., 1985).

Le trouble panique se caractérise par des attaques de panique récurrentes et inattendues. De plus, le DSM-IV exige qu'au moins une des attaques de panique soit accompagnée pendant un mois ou plus de l'un des symptômes suivants : crainte persistante d'avoir d'autres attaques de panique ; et/ou préoccupations à propos des implications possibles de l'attaque de panique ou bien de ses conséquences (par exemple, crainte de perdre le contrôle de soi, d'avoir une crise cardiaque, de devenir fou) ; et/ou changement de comportement important en relation avec les attaques de panique. Les attaques de panique peuvent se répéter en associant des symptômes identiques ou différents à chaque fois. Une « poussée » dure de quelques jours à plusieurs mois. Elle peut rester isolée ou se répéter à intervalles plus ou moins prolongés. L'implication des événements vitaux et des traumatismes existentiels dans la survenue de ces « poussées » n'est pas prouvée : si les événements de vie et les traumatismes existentiels sont en général plus mal vécus par les paniqueurs, ils n'apparaissent pas plus fréquents chez eux que dans la population générale ou chez les sujets présentant d'autres troubles anxieux (Rapee et coll., 1990 ; Mouren-Siméoni et coll., 1993). Pour poser le diagnostic de trouble panique, il est nécessaire d'éliminer une affection médicale sous-jacente ou un trouble induit par une substance (intoxication et/ou sevrage), susceptible d'être responsable de la survenue des attaques de panique (tableau 14.IV). Encore convient-il de remarquer que ces circonstances peuvent agir comme des facteurs précipitants : dans certains cas, les attaques de panique peuvent se

Tableau 14.III : Prévalence et sévérité des manifestations d'attaques de panique observées chez 20 enfants et adolescents âgés de 8 à 17 ans présentant un trouble panique (Kearney et coll., 1997)

Symptômes	Prévalence (%)	Sévérité moyenne (0-4)
Accélération du rythme cardiaque	75	2,8
Nausée	75	2,4
Frissons et bouffées de chaleur	75	2,3
Secousses musculaires ou tremblements	75	2,0
Sensation de vertige	65	2,4
Transpiration	60	1,5
Sensation de « souffle coupé »	55	3,0
Dépersonnalisation	55	2,1
Déréalisation	55	2,0
Maux de tête	55	1,8
Sensation/peur de devenir fou	50	2,4
Oppression ou douleur thoracique	50	2,4
Impression d'évanouissement	45	3,0
Sensation/peur de mourir	45	2,5
Sensation d'étranglement	35	2,7
Sensation de picotements au niveau des doigts ou de la face	25	2,0

répéter et évoluer vers la constitution d'un authentique trouble panique malgré l'arrêt de la substance ou la correction (guérison) du trouble organique. En revanche, la présence d'un prolapsus de la valve mitrale, fréquemment observée et dont le rôle dans le déclenchement des attaques de panique reste discuté, n'élimine pas le diagnostic (Boulenger, 1987 ; Bailly et Dewailly, 1995 ; Bailly, 2000).

Selon le DSM-IV, l'agoraphobie se définit comme une « anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours en cas d'attaque de panique, soit inattendue, soit facilitée par des situations spécifiques, ou bien en cas de symptômes à type de panique. Les peurs agoraphobiques regroupent typiquement un ensemble de situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile ; d'être dans une foule ou dans une file d'attente ; sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture. L'agoraphobie peut compliquer un trouble panique ou exister seule. Elle entraîne une limitation des déplacements (tableau 14.V) ou le besoin d'être accompagné en dehors du domicile. Des cas ont été décrits où l'enfant refusait de se rendre à l'école par peur de la survenue d'une attaque de panique en milieu scolaire. Lorsque l'enfant subit les situations génératrices d'agoraphobie, celles-ci provoquent une anxiété intense (Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Kearney et coll., 1997).

Tableau 14.IV : Affections médicales susceptibles de se traduire par des manifestations d'anxiété paroxystiques (Bailly, 2000 ; Boulenger, 1987)

Epilepsie temporale
Vertiges vrais
Pathologie coronarienne
Troubles du rythme
Hyperthyroïdie, hypothyroïdie
Hyperparathyroïdie
Phéochromocytome
Hypoglycémie
Intoxication aux substances agissant comme des stimulants (cocaïne, amphétamines, caféine), au cannabis, aux hallucinogènes et à l'ecstasy
Sevrage aux substances ayant un effet dépressif sur le système nerveux central (alcool, barbituriques, benzodiazépines)

Tableau 14.V : Prévalence et sévérité de l'évitement des lieux et des situations observé chez 20 enfants et adolescents âgés de 8 à 17 ans présentant un trouble panique (Kearney et coll., 1997)

Lieux/situations	Prévalence (%)	Sévérité moyenne (0-4)
Restaurants/cantines scolaires	35	2,1
Foules	30	2,3
Pièces exigües	25	2,2
Salles de concert	20	3,2
Ascenseurs	20	3,0
Parcs	20	2,2
Magasins	20	2,0
Galeries marchandes	20	2,0
Foyers	20	2,0
Théâtres	20	1,7
Tunnels	15	2,6
Bus/bus scolaires	15	2,3
Terrains de jeux	15	2,0
Promenades	15	2,0
Aller en voiture	15	1,6
Terrains de sports	10	2,0
Eglises/temples	10	2,0
File d'attente	10	1,5

Variations de la symptomatologie en fonction de l'âge et du sexe

Toutes les études s'accordent sur la très nette prédominance féminine du trouble panique, avec un *sex ratio* d'environ 0,5 garçon pour 1 fille (Bailly, 1994).

Les attaques de panique rapportées chez l'enfant, en particulier chez le jeune enfant, se résument le plus souvent à leurs manifestations somatiques, sans les manifestations cognitives. Cette constatation a amené certains auteurs à s'interroger sur la réalité des attaques de panique chez l'enfant et sur leur parenté avec le syndrome d'hyperventilation (Nelles et Barlow, 1988). En effet, selon le modèle cognitif, le déclenchement des attaques de panique résulterait de l'habitude prise par le sujet de porter une grande attention à ses impressions cénesthésiques. Ces informations subiraient une amplification par des postulats catastrophiques (par exemple : « mon cœur bat fort, je suis malade, je vais mourir d'un infarctus du myocarde »), aboutissant, à travers une spirale ascendante, à une majoration des phénomènes subjectifs de l'anxiété et à un accroissement, en retour, des manifestations somatiques par le biais des phénomènes neurovégétatifs du stress (Clark et Ehlers, 1993). Selon cette théorie, la survenue d'attaques de panique nécessiterait donc un certain niveau de développement cognitif et la question persiste de savoir si les attaques de panique chez l'enfant sont réellement inattendues et spontanées ou si elles ne sont pas plutôt déclenchées par des stimuli extérieurs (Ollendick et coll., 1994).

Modalités évolutives

Les études rétrospectives montrent que le trouble panique débute avant l'âge de 20 ans dans un tiers des cas environ, avec un très net pic d'apparition du trouble entre 15 et 19 ans. Si d'authentiques troubles paniques ont été rapportés chez l'enfant prépubère, l'adolescence apparaît comme la période où l'incidence du trouble est maximale (Moreau et Weissman, 1992 ; Bailly, 1994 ; Braconnier, 1996). Dans ce contexte, la puberté pourrait jouer un rôle important : dans une étude portant sur 754 jeunes adolescentes âgées de 10 à 15 ans, Hayward et coll. (1992) montrent que l'apparition des attaques de panique est directement corrélée au degré de développement pubertaire. Ces résultats ont donné lieu à différentes interprétations en référence aux théories explicatives du trouble panique (hypothèses cognitive, génétique et neurohormonale).

Malgré sa fréquence, le trouble panique chez l'enfant et l'adolescent reste encore un trouble souvent méconnu. De nombreux auteurs soulignent que les enfants et les adolescents présentant un trouble panique sont souvent primitivement adressés en consultation pour angoisse de séparation et/ou phobie scolaire (Bailly, 1994). De même, ces enfants et ces adolescents sont-ils souvent l'objet d'errements diagnostiques, en raison des multiples affections somatiques que le trouble panique peut simuler (Herskowitz, 1986).

Le devenir du trouble panique chez l'enfant et l'adolescent reste mal connu. Dans une étude portant sur 34 enfants et adolescents âgés de 6 à 18 ans primitivement diagnostiqués comme ayant un syndrome d'hyperventilation, Herman et coll. (1981) retrouvent à l'âge adulte les troubles suivants : anxiété chronique dans plus de la moitié des cas, persistance du trouble panique dans plus d'un tiers des cas, troubles dépressifs dans un tiers des cas. Les études rétrospectives plaident également en faveur d'une évolution chronique du trouble panique, dominée par les dépressions récurrentes et le développement d'une agoraphobie avec un évitement extensif (Mouren-Siméoni et coll., 1993).

Trouble hyperanxiété

Le trouble hyperanxiété de l'enfant est considéré, dans le DSM-IV, comme l'équivalent du trouble anxiété généralisé chez l'adulte. Les travaux consacrés à l'hyperanxiété de l'enfant sont peu nombreux. Dans une analyse critique de la littérature, Werry (1991) suggère d'ailleurs qu'il s'agit là d'une catégorie diagnostique modestement fiable et valide, peu distincte d'autres troubles anxieux.

Description clinique

Selon le DSM-IV, le trouble hyperanxiété se caractérise par une anxiété et des soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins six mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (comme le travail ou les performances scolaires), ces préoccupations étant difficiles à contrôler pour le sujet. De plus, un au moins des symptômes suivants doit être présent : agitation ou sensation d'être survolté ou à bout, fatigabilité, difficultés de concentration ou trous de mémoire, irritabilité, tension musculaire, perturbations du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

Les enfants hyperanxieux ont tendance à s'inquiéter en permanence pour des événements à venir ou susceptibles de survenir, tels que les examens, le risque de blessure, la guerre, les catastrophes naturelles... Ils sont préoccupés par la ponctualité, se demandent sans cesse s'ils pourront faire face aux échéances, s'ils pourront accomplir les tâches auxquelles ils sont confrontés, et sont exagérément inquiets à propos de leurs capacités dans de nombreux domaines (scolaire, sportif), désirant atteindre un niveau d'excellence et de perfection. Ils s'interrogent de manière excessive sur l'adéquation de leurs conduites passées (par exemple : « Ai-je eu raison de répondre ainsi à ce camarade lors de notre conversation, que va-t-il penser de moi maintenant ? »). Les enfants hyperanxieux cherchent à être rassurés en permanence, posant de nombreuses questions sur le bien-fondé de leurs attitudes et de leurs conduites, sur les inconvénients et les dangers des situations dans lesquelles ils sont (ou pourraient être) impliqués. Ils sont tendus, en permanence sur le « qui vive », et ont des difficultés à s'endormir. Ces symptômes traduisent bien le caractère

« flottant » et non focalisé sur une situation précise de l'hyperanxiété. D'autres : interrogations anxieuses sur ses compétences sociales, préoccupations excessives à propos de l'opinion d'autrui sur ses performances, timidité ou embarras marqué, reflètent plutôt une anxiété sociale et augmenteraient d'intensité à l'adolescence (Bell-Dolan et Brazeal, 1993 ; Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Strauss, 1994). Dans une étude récente, Westenberg et coll. (1999) montrent que sur le plan de la maturité psychosociale les enfants hyperanxieux se caractérisent par un haut degré de conformisme.

Si le DSM-IV exige que ces symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou dans d'autres domaines importants, la question du retentissement de l'hyperanxiété sur le fonctionnement de l'enfant reste discutée. Deux études réalisées en population générale suggèrent que l'hyperanxiété pourrait entraîner une gêne sociale et scolaire significative, inférieure toutefois à celle provoquée par d'autres troubles comme la dépression ou le trouble des conduites (Bowen et coll., 1990 ; Mc Gee et coll., 1990). Deux études réalisées en population clinique vont dans le même sens. Dans l'une, Last et coll. (1989) montrent que l'hyperanxiété est invalidante chez au moins 50 % des patients, nécessitant parfois une hospitalisation. Dans l'autre, le même groupe d'auteurs montre que la sévérité et le retentissement de l'hyperanxiété sur le fonctionnement de l'enfant sont tout à fait comparables à ce qui est observé pour les autres troubles anxieux (Last et coll., 1992). À l'inverse, comparant trois groupes d'enfants : phobiques sociaux, hyperanxieux et normaux, Beidel (1991) ne retrouve aucune différence significative entre les enfants hyperanxieux et les enfants normaux en ce qui concerne leur fonctionnement quotidien. Au vu de ce résultat, Beidel pose la question de savoir si l'hyperanxiété doit être considérée comme une entité diagnostique à part entière ou s'il s'agit d'un état prodromique annonciateur d'autres perturbations. En fait, il semble que la plupart des auteurs s'accordent sur le fait que l'hyperanxiété entraîne davantage une souffrance personnelle qu'un handicap fonctionnel mesurable au quotidien (en particulier sur les performances scolaires) (Mouren-Siméoni et coll., 1993).

Variations de la symptomatologie en fonction de l'âge et du sexe

Si certaines études plaident en faveur d'une prédominance féminine du trouble hyperanxiété (Bowen et coll., 1990), d'autres ne confirment pas ce résultat (Last et coll., 1987c). Globalement, il semble qu'il n'y ait à l'heure actuelle aucune preuve témoignant d'une différence selon le sexe dans la prévalence du trouble (Bell-Dolan et Brazeal, 1993 ; Mouren-Siméoni et coll., 1993).

Une seule étude, celle de Strauss et coll. (1988), s'est attachée à préciser les variations de l'expression clinique du trouble en fonction de l'âge. Comparant deux groupes d'enfants (5 à 11 ans) et d'adolescents (12 à 19 ans) remplissant les critères diagnostiques du DSM-III pour le trouble hyperanxiété, ces auteurs montrent que le tableau clinique s'enrichit au fur et à mesure que l'âge

augmente : 66 % des adolescents contre 35 % des enfants seulement remplissent l'ensemble ou presque des critères diagnostiques. Par ailleurs, si l'item « préoccupations non réalistes concernant l'avenir », véritable marqueur du trouble, est retrouvé chez tous les patients (sauf un), l'item « préoccupations non réalistes sur l'adéquation d'une conduite passée » apparaît significativement plus fréquemment exprimé par les adolescents.

Modalités évolutives

Selon le DSM-IV, plus de la moitié des patients traités pour anxiété généralisée situent le début de leur trouble durant l'enfance ou l'adolescence. Les études portant plus spécifiquement sur les enfants et les adolescents suggèrent que le trouble hyperanxiété pourrait apparaître un peu plus tardivement que le trouble anxieux de séparation, avec un âge moyen de début se situant aux alentours de 8,5 ans (Last et coll., 1987c et 1992).

Les études sur le devenir du trouble hyperanxiété chez l'enfant sont peu nombreuses et portent sur des échantillons hétérogènes en taille et en âge. Ces études suggèrent un taux de rémission partielle ou complète d'environ 50 % dans les deux ans suivant le début du trouble. Cette évolution spontanément favorable, plus rapide que celle observée dans les autres troubles anxieux, concernerait davantage les garçons que les filles (Cantwell et Baker, 1989). Environ 50 % des enfants hyperanxieux continueraient à présenter des difficultés au moment de l'adolescence. Le devenir du trouble à l'âge adulte reste mal connu, même si les études rétrospectives plaident en faveur d'une évolution chronique dans un certain nombre de cas (Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Strauss, 1994).

État de stress post-traumatique

Si la reconnaissance du syndrome de stress post-traumatique chez l'adulte n'est pas récente, pendant longtemps son existence chez l'enfant a été ignorée. Plusieurs facteurs, tenant à l'attitude des adultes et des enfants eux-mêmes, peuvent rendre compte de cette méconnaissance. Souvent, les parents et les enseignants ont tendance à minimiser l'impact traumatique des événements stressants auxquels l'enfant est confronté pour se rassurer eux-mêmes ou pour soulager, « par procuration », la détresse de l'enfant. Les adultes, même parmi les professionnels de la santé, ont aussi longtemps pensé que les enfants étaient trop jeunes pour se remémorer les événements traumatiques ou trop immatures sur le plan psychologique pour en être affectés. Les enfants eux-mêmes, en essayant souvent de protéger leurs parents, peuvent aussi contribuer à cette absence de perception du trouble (Benedek, 1985). Depuis quinze ans environ, les publications sur le syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant se sont multipliées, soulignant en cela que les traumatismes psychiques font partie intégrante de la vie moderne pour les enfants comme pour les adultes.

620 Ce fait de société tend aujourd'hui à devenir un véritable problème de santé

publique, incitant au développement de programmes de prévention et de soins appropriés (Pfefferbaum, 1997 ; Vila et coll., 1999).

De l'événement traumatique à l'état de stress post-traumatique

La définition précise du caractère traumatique d'un événement reste l'objet de controverses (March, 1992). L'exposition à un événement constituant une menace sérieuse pour la vie ou l'intégrité physique, directement ou comme témoin, représente un facteur de risque potentiel pour le développement d'une réaction de stress traumatique. Typiquement, les événements cités comme capables d'engendrer un état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent incluent le fait d'être victime ou témoin de violences : meurtre des parents, enlèvement, catastrophe naturelle ou provoquée par l'homme, accident sévère, guerre, bagarre entre gangs, viol, abus sexuel, maladie potentiellement létale, procédure médicale invasive... De tels événements se rejoignent par leur caractère absurde et horrible, par le fait qu'ils peuvent entraîner des dommages physiques et qu'ils constituent une menace pour la vie. Les corrélats subjectifs de ces attributs sont la perception d'une menace, une peur extrême et un sentiment d'impuissance (Amaya-Jackson et March, 1993). Mais un enfant peut aussi développer un état de stress post-traumatique « par procuration », par la confrontation indirecte à une expérience stressante : événement auquel il a échappé de peu, décès ou accident d'un proche auquel il n'a pas assisté. Le développement du trouble est alors favorisé par l'évocation répétée et détaillée de l'événement par l'entourage ou les médias (Amaya-Jackson et March, 1993). Si pour certains auteurs il existerait une relation directe entre la fréquence et la sévérité du syndrome de stress post-traumatique et le degré d'exposition à l'événement traumatisant, d'autres ne retrouvent pas de corrélation avec la « proximité physique », mais avec les émotions éprouvées lors de l'événement ou à l'occasion de son évocation par l'entourage ou les médias : les réactions d'un enfant à un événement stressant ne dépendraient pas tant de son degré d'exposition au risque que de son vécu et de son ressenti (Mouren-Siméoni, 1993 ; Pfefferbaum, 1997). De même, la violence d'origine humaine serait plus traumatisante pour l'enfant que les catastrophes naturelles, et ce d'autant plus lorsque cette violence est perpétrée intentionnellement ou par une figure d'autorité proche de l'enfant (Amaya-Jackson et March, 1993).

Le tableau clinique de l'état de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent est comparable à celui observé chez l'adulte, avec cependant quelques particularités développementales liées à l'âge (Keppel-Benson et Ollendick, 1993 ; Mouren-Siméoni, 1993 ; Vila et coll., 1999). Le syndrome de répétition (ou encore de remémoration ou de reviviscence) constitue l'élément central du tableau clinique. Si chez l'adulte ce syndrome se traduit par des souvenirs répétitifs et envahissants provoquant un sentiment de détresse, les enfants vont plutôt présenter des « jeux » répétitifs, des « remises en actes », évoquant certains aspects ou thèmes de l'événement traumatique qu'ils n'ont cependant pas conscience de rejouer ainsi (le plus souvent, c'est un tiers qui rapporte ces

comportements inhabituels). De même, les rêves répétitifs sont moins fréquents chez l'enfant, et notamment chez le jeune enfant qui va plutôt présenter des cauchemars à thèmes non spécifiques, sans contenu reconnaissable. Les souvenirs visualisés, sous forme d'hallucinations, d'illusions ou de flash-back saisissants, sont également rares chez le jeune enfant. Ils se rencontrent plus volontiers chez le grand enfant et l'adolescent, avec une fréquence moindre cependant qu'à l'âge adulte. Ces souvenirs, fortement sensorialisés, sont déclenchés par des éléments actuels rappelant l'événement traumatique, mais ils peuvent survenir aussi spontanément, notamment dans les moments où l'attention de l'enfant se relâche (ennui, repos, endormissement). Les peurs spécifiques liées au traumatisme constituent aussi une des caractéristiques principales de l'état de stress post-traumatique chez l'enfant. Ces manifestations phobiques portent sur un objet ou une situation rappelant l'événement traumatique et sont particulièrement tenaces (par exemple : peur du noir persistante après une agression dans un lieu sombre, peur de l'eau après un naufrage, peur des étrangers chez les enfants kidnappés...). L'évitement persistant des stimuli associés au traumatisme et l'émoussement de la réactivité générale s'expriment aussi de façon quelque peu différente chez l'enfant. L'amnésie psychogène post-traumatique classiquement décrite chez l'adulte est assez rare chez l'enfant, même si certains peuvent rester muets ou refuser de parler du traumatisme. Souvent, l'enfant donne de l'événement un récit étonnamment clair et détaillé, marqué cependant par des distorsions cognitives : la chronologie des faits est évoquée dans le désordre et les interprétations erronées concernant leur déroulement sont fréquentes. La « réévaluation cognitive » des événements *a posteriori* peut aussi entraîner l'apparition de croyances en des présages que l'enfant pense « prédictifs » de ce qui allait se passer (par exemple : tel enfant repense à sa mère en colère contre lui avant l'événement, tel autre à une remarque anodine d'un professeur qu'il réinterprète après coup comme un avertissement, tel autre encore à un livre lu quelques jours auparavant où il croit reconnaître des faits comparables au drame qu'il a vécu et qui auraient dû l'alerter). Ces reconstructions et réinterprétations du passé représenteraient autant de tentatives faites par l'enfant pour maîtriser rétrospectivement une situation inattendue et inhumaine qui a brutalement dépassé toutes ses capacités d'élaboration psychique. L'émoussement de la réactivité générale, avec anesthésie affective, réduction des intérêts et sentiment de détachement, classique chez l'adulte, est aussi rare chez l'enfant, et ce d'autant qu'il est plus jeune. Fatalisme, pessimisme et sentiment d'avenir « bouché » témoignent plutôt chez l'enfant d'une attitude changée vis-à-vis de la vie et à l'égard des autres : conviction que d'autres traumatismes suivront nécessairement, sentiment de vulnérabilité et perte de la confiance habituelle accordée aux adultes protecteurs sont des éléments fréquemment retrouvés chez ces enfants (« on ne peut compter sur personne pour être protégé », « je vis un jour à la fois », « je ne peux deviner ce qui m'arrivera dans l'existence »...). Les symptômes d'hyperactivité neurovégétative recouvrent un ensemble de manifestations apparues au décours du traumatisme et

sont tout à fait comparables à ceux observés chez l'adulte : troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, réveils multiples), irritabilité et accès de colère, troubles de l'attention et de la concentration (pouvant altérer les performances scolaires), hypervigilance, réactions de sursaut exagérées. On peut en rapprocher les plaintes somatiques (céphalées, douleurs abdominales), fréquentes chez l'enfant. Chez l'enfant, il est fréquent que le tableau clinique de l'état de stress post-traumatique ne soit pas complet. Tous les auteurs s'accordent pour dire que ces enfants doivent être traités, même s'ils ne remplissent pas tous les critères de l'état de stress post-traumatique, tant les conséquences de ce trouble sur le fonctionnement de l'enfant et sur son développement ultérieur sont importantes (Giaconia et coll., 1995).

À la suite des travaux de Terr (1991), il est habituel de décrire chez l'enfant deux formes cliniques principales de l'état de stress post-traumatique, en fonction de la nature du traumatisme subi. L'enfant peut être exposé à un seul événement traumatisant : traumatismes de type 1. Parmi les événements traumatiques uniques de type 1 ayant fait l'objet de publications quant à leur retentissement chez l'enfant, on peut citer : le mitraillage d'une cour de récréation par un tireur fou, une catastrophe naturelle (incendie de forêt), l'enlèvement et la séquestration d'un autocar scolaire, le naufrage d'un navire faisant une croisière pédagogique, un accident au cours de régates, l'effondrement d'un barrage, les guerres (bombardements)... (Mouren-Siméoni, 1993). Les traumatismes de type 1 donnent lieu à un tableau clinique d'état de stress post-traumatique tout à fait typique, comparable à celui décrit précédemment (tableau 14.VI).

L'enfant peut être soumis à des traumatismes répétés : traumatismes de type 2. Comme exemples de traumatismes répétés de type 2, on peut citer : la maltraitance physique, les abus sexuels, mais aussi la guerre, les tortures et l'internement en camp dans les régimes totalitaires (Mouren-Siméoni, 1993). Dans les traumatismes de type 2, l'enfant met en œuvre des tentatives massives de protection psychique et de préservation du moi au fur et à mesure de la répétition des faits traumatisants. La mise en place de ces mécanismes de défense et d'adaptation (déli, répression des affects, identification à l'agresseur, agressivité retournée contre soi...) va conduire à des modifications progressives de la personnalité. Le déni massif du traumatisme, l'éroussement intellectuel, émotionnel et affectif, le détachement, avec restriction des intérêts et des relations, sont plus marqués que dans le cas des traumatismes de type 1 et représenteraient des processus d'accommodation aux situations de stress chroniques. D'autres phénomènes vont aussi témoigner des mécanismes de défense que l'enfant développe pour échapper mentalement aux stress répétés insupportables : amnésie de pans entiers de souvenirs de l'enfance (manifeste dès l'adolescence), manque d'empathie, indifférence à la douleur dont on peut rapprocher les phénomènes d'autohypnose et de dissociation de la conscience (anesthésie corporelle ou émotionnelle, amnésie dissociative, dépersonnalisation, phénomènes auditifs ou visuels d'allure hallucinatoire).

Tableau 14.VI : Prévalence (%) des symptômes de stress post-traumatique observés chez plus de 100 adolescents ayant survécu au naufrage du « Jupiter » (Yule, 1994)

Items de l'état de stress post-traumatique	Prévalence (%)
Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement	74,4
Rêves répétitifs de l'événement	35,6
Flash-back	15,6
Sentiment de détresse lors de l'exposition à des indices évoquant l'événement	74,4
Efforts pour éviter les pensées et les sentiments associés au traumatisme	65,6
Efforts pour éviter les activités éveillant des souvenirs du traumatisme	71,1
Amnésie	28,9
Perte d'intérêt pour des activités importantes	54,4
Sentiment de détachement	42,2
Restriction des affects	8,9
Sentiment d'avenir « bouché »	7,8
Difficultés de sommeil	51,1
Irritabilité, accès de colère	58,9
Difficultés de concentration	63,3
Hypervigilance	40,0
Réaction de sursaut exagérée	51,1
Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices évoquant le traumatisme	51,1

Nombre moyen de symptômes : $7,9 \pm 4,6$

Des manifestations incontrôlables de rage, de colère et d'autoagressivité (automutilations, tentatives de suicide) peuvent coexister avec des attitudes de passivité extrême ou l'établissement de liens pathologiques de dépendance avec le persécuteur (dont on peut rapprocher les conduites de séduction observées chez les sujets ayant subi des sévices sexuels). Ces manifestations n'empêchent pas l'expression des composantes habituelles du syndrome de stress post-traumatique : visualisations intrusives diurnes et cauchemars répétitifs, productions (dessins, récits), jeux et comportements inappropriés et stéréotypés à thèmes souvent évocateurs (agressifs, sexuels...) ; peurs spécifiques liées au traumatisme ; pessimisme, fatalisme, perte de confiance dans l'avenir et les gens ; symptômes persistants d'hyperactivité neurovégétative avec fréquentes plaintes somatiques (Keppel-Benson et Ollendick, 1993 ; Mouren-Siméoni, 1993 ; Vila et coll., 1999).

Variations de la symptomatologie en fonction de l'âge et du sexe

Le diagnostic d'état de stress post-traumatique apparaît plus fréquemment porté chez les filles que chez les garçons (Vila et coll., 1999). Des différences d'ordre quantitatif et qualitatif sont aussi fréquemment relevées dans la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique en fonction du sexe : les filles

présenteraient des tableaux cliniques plus sévères, avec davantage de symptômes du registre émotionnel, alors que les garçons présenteraient plus de symptômes du registre cognitif et comportemental (Green et coll., 1991 ; Shannon et coll., 1994 ; Giaconia et coll., 1995).

Selon Schwarz et Perry (1994), le tableau clinique de l'état de stress post-traumatique s'enrichirait avec l'âge. Plusieurs études suggèrent aussi l'existence de variations qualitatives dans la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique en fonction de l'âge et du niveau de développement, avec des résultats cependant parfois contradictoires (Pfefferbaum, 1997). Quoiqu'il en soit, une étude récente d'Anthony et coll. (1999) montre que, quel que soit l'âge, chez le grand enfant et chez l'adolescent la symptomatologie de l'état de stress post-traumatique se regroupe toujours autour des trois dimensions précédemment citées : reviviscence de l'événement, conduites d'évitement et émoussement de la réactivité générale, hyperactivité neurovégétative. En revanche, beaucoup d'auteurs s'accordent pour dire que les critères diagnostiques du DSM-IV pour l'état de stress post-traumatique ne sont pas applicables aux jeunes enfants. Chez le nourrisson et le petit enfant (< 2 ans), ce sont surtout des altérations globales du fonctionnement et du développement psychomoteur qui sont le plus souvent au devant de la scène clinique : cris et pleurs excessifs ou au contraire passivité et apathie marquée, troubles du sommeil et de l'alimentation, retard de croissance staturo-pondérale, états d'hyperstimulation ou d'excitation. Chez les enfants d'âge préscolaire (2 à 6 ans), sont observées des manifestations déjà plus caractéristiques : comportements et productions (dessins) répétitifs, craintes spécifiques, phénomènes d'évitement, phénomènes d'allure dissociative, réactions d'agrippement et difficultés accrues de séparation, tristesse, sentiment de honte, comportement régressif, somatisation douloureuse. Ces enfants peuvent également présenter des retards ou des régressions dans leur développement (notamment sur le plan du langage et de la propreté), des comportements de retrait ou un mutisme, des conduites agressives et des velléités de vengeance (Schwarz et Perry, 1994 ; Scheeringa et coll., 1995 ; Vila et coll., 1999).

Modalités évolutives

L'apparition d'un état de stress post-traumatique nécessiterait que soit acquis un certain niveau de développement cognitif : un enfant qui saisit pleinement l'étendue et les conséquences, affectives et/ou économiques, d'une catastrophe se posera davantage la question de la justification d'un tel événement et anticipera anxieusement l'avenir. Ainsi, les enfants d'âge scolaire et les adolescents seraient davantage à risque de développer un syndrome de stress post-traumatique que les jeunes enfants (Green et coll., 1991). Dans une étude rétrospective portant sur 386 adolescents âgés de 18 ans, Giaconia et coll. (1994) retrouvent un âge moyen de début du trouble aux alentours de 15 ans, des états de stress post-traumatique étant rapportés chez les filles à partir de l'âge de 4-5 ans et chez les garçons à partir de l'âge de 12-13 ans seulement. Le début du trouble survient habituellement immédiatement ou

peu de temps après l'événement traumatique. Il peut cependant parfois survenir après une période de latence de quelques mois, voire de quelques années, durant laquelle une symptomatologie moins spécifique serait fréquente : troubles du sommeil, irritabilité, retrait social... Une anxiété de séparation ou une hyperanxiété apparue à la suite d'un événement traumatique doit faire craindre une évolution vers un état de stress post-traumatique de survenue différée (Amaya-Jackson et March, 1993 ; Mouren-Siméoni, 1993 ; Vila et coll., 1999).

Selon le DSM-IV, l'état de stress post-traumatique évoluerait dans 50 % des cas environ vers une disparition complète dans les trois mois, le trouble persistant au-delà de douze mois après le traumatisme dans la plupart des cas restants. Les études sur le devenir à moyen et long terme des états de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent restent peu nombreuses. Ces études montrent qu'à l'exception des symptômes d'évitement qui pourraient se renforcer dans les premiers mois l'intensité des troubles post-traumatiques semble le plus souvent s'atténuer avec le temps, et ce dès la première année. Dans la plupart des cas, le trouble va disparaître spontanément, avec persistance cependant parfois d'un évitement des relations sociales et des situations ou des activités rappelant le traumatisme. Une évolution chronique s'étalant sur plusieurs années, parfois jusqu'à l'âge adulte, serait observée dans 5 % à 30 % des cas environ. Une symptomatologie post-traumatique initiale sévère apparaît fortement prédictive d'une évolution prolongée. De même, certains stimuli rappelant l'événement traumatique (évocation incessante de l'événement par la famille ou les médias, dates anniversaires de l'événement...) ainsi que la survenue de nouveaux événements stressants peuvent contribuer à réactiver la symptomatologie et à pérenniser le trouble. Enfin, les filles présenteraient des états de stress post-traumatique plus durables que les garçons, alors que l'âge de l'enfant au moment du traumatisme ne semble pas influencer la durée d'évolution du trouble (Mouren-Siméoni, 1993, 1994 ; Vila et coll., 1999).

Complications

Il n'est pas rare, chez l'enfant et l'adolescent, que les troubles anxieux ne soient repérés qu'à l'occasion de la survenue de complications. C'est dire l'importance de bien connaître ces complications. Celles-ci posent essentiellement le problème de la reconnaissance des troubles anxieux devant des manifestations cliniques n'évoquant pas forcément *a priori* l'existence d'une anxiété sous-jacente.

Refus scolaire anxieux

Le refus scolaire anxieux (encore souvent improprement appelé « phobie scolaire ») constitue certainement l'une des complications les plus redoutables. Il s'observerait préférentiellement chez les enfants les plus jeunes, âgés de moins de 12 ans, se révélant parfois à l'occasion d'événements de vie stressants (maladie, décès, changement d'école, déménagement...). Typiquement, le refus scolaire anxieux se caractérise par la survenue d'une réaction d'angoisse intense lors du départ à l'école. Cette réaction peut revêtir l'aspect d'une véritable attaque de panique avec son cortège de troubles neurovégétatifs (pâleur, sueurs, tachycardie, palpitations, tremblements...), se présenter sous la forme de manifestations somatiques (céphalées, nausées, vomissements, douleurs abdominales, diarrhée) ou encore prendre une tournure dramatique si l'on force l'enfant à se rendre à l'école (colère, opposition violente, conduites agressives). En règle générale, la symptomatologie cesse dès que l'enfant est autorisé à rester chez lui. L'idée d'être de nouveau confronté à la situation anxiogène le lendemain peut cependant générer une certaine appréhension à l'origine de troubles du sommeil (difficultés d'endormissement, cauchemars). Ces réactions de détresse émotionnelle intense s'accompagnent souvent de rationalisations secondaires conscientes et peuvent entraîner progressivement la mise en place de stratégies d'évitement. Au bout d'un certain temps d'évolution, le refus scolaire peut se justifier de lui-même, l'enfant ayant peur alors d'être confronté aux autres en raison du retard qu'il a accumulé. Il peut ainsi conduire l'enfant à l'échec scolaire et accélérer sa désinsertion sociale (Dugas et Gueriot, 1977 ; Mouren-Siméoni et coll., 1993). La prévalence du refus scolaire anxieux est mal connue : elle varie entre 0,3 % et 1,7 % pour les études en population générale et entre 1 % et 8 % pour les études en population clinique, mais plusieurs auteurs soulignent l'augmentation actuelle de son incidence (Dugas et Gueriot, 1977 ; Hersov, 1990 ; Mouren-Siméoni et coll., 1993). Pratiquement tous les troubles anxieux peuvent être à l'origine d'un refus scolaire, les diagnostics les plus fréquemment retrouvés étant cependant le trouble anxieux de séparation et les troubles phobiques (phobie sociale, phobie simple) (tableau 14.VII).

Aussi, à la suite des travaux d'Eysenck et Rachman (1965), la plupart des auteurs actuels font-ils la distinction entre le refus scolaire avec trouble anxieux de séparation et la « phobie de l'école », cette dernière catégorie incluant aussi bien les phobies simples (peur excessive de l'agressivité des camarades, peur d'avoir une mauvaise note, peur de certaines matières scolaires...) que la phobie sociale de l'école (crainte excessive de la critique des enseignants et des camarades). Cette distinction apparaît justifiée au vu des résultats des travaux épidémiologiques. Ces travaux montrent en effet que le refus scolaire avec trouble anxieux de séparation et la « phobie de l'école » se distinguent nettement par leur âge de survenue (plus précoce dans le refus scolaire avec trouble anxieux de séparation), leur retentissement sur le fonctionnement scolaire (plus sévère dans la « phobie de l'école »), la fréquence

Tableau 14.VII : Diagnostics (%) retrouvés chez les enfants et les adolescents présentant un refus scolaire anxieux

Diagnostics	Etudes	
	Last et Strauss, 1990 (7-17 ans) N = 63	Martin et coll., 1999 (6-18 ans) N = 51
Anxiété de séparation	38,1	49,0
Phobie sociale	42,8	31,4
Phobie simple	34,9	19,6
Hyperanxiété	25,4	9,8
Evitement de l'enfance	11,1	–
Trouble panique/agoraphobie	6,3	7,8
Trouble obsessionnel-compulsif	–	3,8
Etat de stress post-traumatique	3,2	2,0
Au moins 2 diagnostics retrouvés	61,9	23,5

des troubles associés (plus élevée dans le refus scolaire avec trouble anxiété de séparation) et les antécédents familiaux (antécédents de trouble panique et/ou d'agoraphobie, de dépression et de refus scolaire plus fréquemment retrouvés chez les parents des enfants présentant un refus scolaire avec trouble anxiété de séparation ; antécédents de phobie sociale et de phobie simple plus fréquemment retrouvés chez les parents des enfants présentant une « phobie de l'école ») (Last et coll., 1987b ; Last et Strauss, 1990 ; Martin et coll., 1999).

Troubles de l'adaptation sociale

Les troubles anxieux représentent souvent un handicap sévère pour l'enfant, notamment dans son accession à l'autonomie et à l'indépendance. Entraînant progressivement un appauvrissement relationnel, une restriction du champ des activités de l'enfant et des expériences avec l'environnement, ils favorisent l'isolement et le retrait social. Peu à peu, l'attrait pour les relations amicales s'affaiblit. Des activités auparavant investies sont abandonnées et des difficultés scolaires peuvent apparaître en raison du désintérêt, de l'apathie, des troubles de la concentration et du fonctionnement intellectuel que l'enfant peut manifester lorsqu'il est en classe. À l'extrême, ils peuvent aboutir au confinement de l'enfant à domicile, sans relation sociale ni scolaire. Plus tard, l'adolescent peut renoncer à certaines orientations scolaires ou professionnelles du fait de la nécessité d'un éloignement du milieu familial et/ou de ses conduites d'évitement. Par leurs manifestations, les troubles anxieux peuvent ainsi dicter tous les choix de vie de l'enfant et de l'adolescent (Vera et Dugas, 1986 ; Beidel, 1991 ; Mouren-Siméoni et coll., 1993).

Troubles du comportement

L'association troubles anxieux-trouble hyperactivité avec déficit de l'attention concernerait environ 25 % des enfants présentant l'un ou l'autre de ces troubles, les troubles anxieux les plus fréquemment retrouvés associés au trouble hyperactivité avec déficit de l'attention étant le trouble hyperanxiété et le trouble anxiété de séparation (Biederman et coll., 1992). Plusieurs travaux plaident en faveur d'une relation privilégiée entre déficit de l'attention et troubles anxieux, le problème s'avérant plus complexe lorsque s'y ajoute une hyperactivité (Lahey et coll., 1984, 1987, 1988 ; Pliszka, 1989). Pour Mouren-Siméoni et coll. (1993), l'inattention pourrait s'interpréter « comme secondaire à l'anxiété, intrinsèquement liée à elle », tandis que l'hyperactivité pourrait représenter « le versant moteur de l'anxiété, traduisant la fébrilité d'un sujet en permanence sur le qui-vive ». Sur le plan psychopathologique, des auteurs ont suggéré que l'hyperactivité pourrait s'inscrire chez les enfants présentant un trouble anxiété de séparation dans une dimension provocatrice de l'adulte, l'agitation du corps intervenant comme un appel vers l'autre visant à maintenir la proximité du lien d'attachement (Bailly, 1995).

Les relations entre anxiété et agressivité ont donné lieu à peu de travaux spécifiques chez l'enfant et l'adolescent. Dans une étude portant sur 210 enfants et adolescents issus de la population générale âgés de 8, 12 et 17 ans, Kashani et coll. (1991) retrouvent des scores d'anxiété significativement augmentés chez ceux dont l'agressivité verbale et physique est élevée. Cette étude montre que les enfants et les adolescents anxieux perçoivent de nombreuses situations comme menaçantes, l'agressivité constituant chez eux une véritable réaction d'autodéfense visant à gérer leurs peurs. L'expérience clinique montre aussi que les enfants et surtout les adolescents anxieux peuvent présenter des colères explosives, sans commune mesure avec le stress psychosocial qui les a déclenchées, pouvant s'accompagner de voie de fait grave ou de destruction des biens (Mouren-Siméoni et coll., 1993). Globalement cependant, plusieurs études suggèrent que les troubles anxieux pourraient avoir une influence protectrice vis-à-vis des comportements antisociaux se produisant notamment à l'extérieur de la famille. Les enfants souffrant de troubles émotionnels (en l'absence de trouble des conduites) auraient ainsi significativement moins tendance à évoluer vers la délinquance que les autres (Mitchell et Rosa, 1989). L'étude de Walker et coll. (1991) montre que les garçons qui présentent un trouble des conduites associé à un trouble anxiété de séparation ou à un trouble hyperanxiété sont significativement moins déviants que ceux ayant un trouble des conduites isolé. Dans le même ordre d'idée, les taux de récidives seraient plus faibles chez les jeunes délinquants ayant un niveau d'anxiété élevé que chez les jeunes délinquants non anxieux (Quay et Love, 1977). Dans l'étude de Walker et coll. précédemment citée, le trouble anxiété de séparation semble toutefois avoir une action inhibitrice moindre sur les actes antisociaux par rapport au trouble hyperanxiété. Mouren-Siméoni et

coll. (1991) soulignent aussi la fréquence des troubles du comportement à type d'irritabilité, de colères, de tyrannie ou même de violences verbales et/ou physiques que présentent les enfants ayant un trouble anxiété de séparation à l'intérieur de leur milieu familial, et plus particulièrement vis-à-vis de leur mère. Cette agressivité peut se manifester au cours de paroxysmes anxieux occasionnés par des séparations forcées, mais aussi en dehors de toute situation de séparation. Dugas et coll. (1985) ont ainsi décrit le « syndrome des parents battus par leur enfant » à partir d'un échantillon de jeunes patients dont certains souffraient manifestement d'un trouble anxiété de séparation.

Des comportements autoagressifs (tentatives de suicide, automutilations) peuvent également être observés dans les troubles anxieux de l'enfance et de l'adolescence. Ceux-ci sont cependant le plus souvent ponctuellement rapportés et n'ont pas fait l'objet d'études systématiques. Les enfants présentant un trouble anxiété de séparation peuvent proférer des menaces suicidaires ou passer à l'acte (raptus suicidaires, fugues) lors des séparations inévitables ou imposées (Mouren-Siméoni et coll., 1991). À ce titre, une étude portant sur des adolescents suicidaires retrouve un lien entre le comportement suicidaire et un haut degré de réactivité aux expériences de séparation (Feldman et Wilson, 1997). Dans le même ordre d'idée, si les relations entre trouble panique et tentatives de suicide ont fait l'objet d'une abondante littérature chez l'adulte, il n'en est pas de même chez l'enfant et l'adolescent. Une étude de Weissman et coll. (1989) suggère cependant que le risque de tentatives de suicide chez les sujets présentant un trouble panique serait significativement augmenté dans le sexe féminin et lorsque le trouble panique a débuté précocement. Certaines conduites automutilatrices (onychophagie, succion des doigts, morsure des lèvres, arrachage des peaux périunguérales, trichotillomanie) sont aussi depuis longtemps associées à l'anxiété de l'enfant et de l'adolescent (Mouren-Siméoni et coll., 1993). À ce titre, si la trichotillomanie est parfois considérée comme un équivalent du trouble obsessionnel-compulsif, une étude portant sur des enfants présentant une trichotillomanie retrouve un trouble hyperanxiété dans 50 % des cas (Reeve et coll., 1992).

Troubles dépressifs

Les relations entre anxiété et dépression chez l'enfant et l'adolescent ont fait l'objet d'une abondante littérature (Brady et Kendall, 1992 ; Angold et Costello, 1993 ; Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Bailly, 1998). Les études réalisées en population générale montrent que la fréquence des troubles anxieux retrouvés chez les enfants déprimés est 2 à 26 fois plus élevée que celle observée chez les enfants non déprimés (cette fréquence variant, selon les études, de 30 % à 75 %). De même, la fréquence de la dépression apparaît significativement augmentée chez les enfants présentant des troubles anxieux, cette augmentation étant cependant inférieure à celle des troubles anxieux dans la dépression (la fréquence de la dépression chez les enfants présentant des troubles anxieux varie, selon les études, de 6 % à 69 %) (Angold et

Costello, 1993 ; Bailly, 1998). Les résultats des études réalisées en population clinique vont dans le même sens. En population clinique, la fréquence des troubles anxieux observés chez les enfants déprimés varie, selon les études et le trouble anxieux considéré, de 8 % à 86 %, les troubles anxiété de séparation et hyperanxiété représentant les diagnostics les plus fréquemment retrouvés. D'un autre côté, la fréquence de la dépression retrouvée chez les enfants présentant des troubles anxieux se situe en moyenne aux alentours de 20 % à 30 %, cette fréquence variant aussi en fonction du type de trouble anxieux considéré (tableau 14.VIII) (Angold et Costello, 1993 ; Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Bailly, 1998).

Tableau 14.VIII : Fréquence (%) des troubles dépressifs retrouvés chez 188 enfants et adolescents, âgés de 5 à 18 ans, admis consécutivement dans une clinique spécialisée pour les troubles anxieux (Last et coll., 1992)

	Fréquence (%)	
	Tous troubles dépressifs confondus*	Dépression majeure
Anxiété de séparation (N = 84)	29,8	22,6
Phobie sociale (N = 61)	55,7	44,3
Phobie simple (N = 80)	32,5	25,0
Trouble panique (N = 24)	41,7	29,2
Hyperanxiété (N = 51)	49,0	33,3

* Dépression majeure, dysthymie, trouble dépressif non spécifié

Cette forte comorbidité observée entre troubles anxieux et dépression a conduit de nombreux auteurs à s'interroger sur la nature des liens unissant ces troubles (Brady et Kendall, 1992 ; Angold et Costello, 1993 ; Bailly, 1998). Schématiquement, deux modèles conceptuels s'opposent ici. L'approche « catégorielle », défendue par la plupart des auteurs actuels, considère la dépression et les troubles anxieux qui lui sont associés comme des pathologies distinctes, qualitativement différentes. À cette conception peut être rattachée la distinction introduite par Woodruff et coll. (1967) entre dépression « primaire » et dépression « secondaire », l'opposition primaire/secondaire pouvant être envisagée soit dans une perspective temporelle, soit dans une perspective éventuellement étiologique. À l'inverse, se basant sur les similitudes retrouvées, non seulement sur le plan clinique, mais aussi sur les plans familial, biologique et thérapeutique, entre la dépression et les troubles anxieux, certains auteurs défendent l'idée selon laquelle la dépression et les troubles anxieux constitueraient les phases successives d'un seul et même processus psychopathologique, le diagnostic pouvant dépendre essentiellement de la

prédominance des symptômes observés au moment de l'évaluation. Cette approche plus « dimensionnelle » permet, par exemple, de rendre compte du continuum parfois évoqué entre trouble anxiété de séparation, trouble panique et dépression (Klein, 1964 ; Bailly, 1997). Quoi qu'il en soit, les résultats des études épidémiologiques précédemment citées suggèrent que dans la plupart des cas les troubles anxieux précèdent la dépression et vont dans le sens de l'hypothèse théorique postulée par Lesse (1982) selon laquelle l'anxiété pourrait jouer un rôle étiologique dans la dépression. C'est ce que confirme l'étude de Kovacs et coll. (1989) qui montre qu'en cas d'association trouble anxiété de séparation-dépression, le trouble anxiété de séparation précède dans deux tiers des cas environ l'émergence de la dépression. Ainsi, l'augmentation de la fréquence de la dépression au moment de l'adolescence chez les filles par rapport aux garçons pourrait-elle être liée à la plus grande fréquence des troubles anxieux observés chez les filles durant l'enfance (Breslau et coll., 1995). Par ailleurs, l'étude précédemment citée de Kovacs et coll. (1989) montre aussi que les enfants qui présentent des troubles anxieux associés aux troubles dépressifs se distinguent des enfants ayant des troubles dépressifs « purs » en termes notamment d'âge de survenue (plus précoce en cas de troubles anxieux associés) et de facteurs de risque (importance des problèmes de santé et des troubles psychopathologiques retrouvés chez les mères des enfants présentant des troubles anxieux associés).

Troubles liés à l'utilisation de substances

De nombreux adolescents consommateurs d'alcool et/ou de produits psychoactifs illicites mettent en avant la réduction des tensions et l'obtention d'un état de relaxation comme motivation principale de leur consommation (Johnston et O'Malley, 1986). De fait, des études réalisées en population générale montrent que 20 % environ des adolescents ayant un trouble lié à l'utilisation de substances (abus/dépendance) présentent aussi au moins un trouble anxieux associé (Kandel et coll., 1999). Si tous les troubles anxieux peuvent être observés, comme chez l'adulte, les catégories les plus souvent retrouvées sont le trouble panique/agoraphobie et la phobie sociale. Dans la grande majorité des cas, ces troubles anxieux précèdent la survenue des troubles liés à l'utilisation de substances (Burke et coll., 1994 ; Wilens et coll., 1997). À ce titre, des études ont montré que les sujets qui ont précocement présenté un épisode dépressif majeur ou un trouble anxieux ont 2 fois plus de risques que les autres de développer un trouble lié à l'utilisation de substances (Christie et coll., 1988). Dans le même ordre d'idée, Hill et coll. (1991) ont montré que les enfants à haut risque d'alcoolisme avaient 2,2 fois plus de risques de présenter un trouble psychiatrique, les diagnostics les plus fréquemment retrouvés concernant les troubles anxieux et phobiques. Toutes ces données vont dans le sens de l'hypothèse de l'automédication (Khantzian, 1985). Elles vont aussi dans le sens des approches cognitivo-comportementales, selon lesquelles l'abus de substances pourrait procéder

d'un sentiment d'incompétence personnelle et sociale (Peele, 1985) ou d'une tentative de modifier l'état mental par un comportement répétitif (Marks, 1990). Une étude récente montre que les toxicomanes qui ont présenté un trouble anxiété de séparation durant l'enfance ont plus fréquemment que les autres des troubles anxieux associés (trouble panique/agoraphobie), et qu'ils ont un profil psychopathologique général plus sévèrement perturbé, se traduisant notamment par une augmentation de la fréquence des tentatives de suicide (Bailly-Lambin et Bailly, 1999a).

Troubles du comportement alimentaire

La fréquence des troubles anxieux retrouvés chez les patientes présentant des troubles du comportement alimentaire varie, selon les études, de 20 % à 55 % pour l'anorexie mentale (les diagnostics les plus fréquemment observés étant la phobie sociale et le trouble obsessionnel-compulsif), et de 13 % à 75 % pour la boulimie (les diagnostics les plus fréquemment observés étant le trouble anxiété généralisée et la phobie sociale) (Laessle et coll., 1989 ; Fornari et coll., 1992 ; Herzog et coll., 1992 ; Braun et coll., 1994). Comme pour les troubles liés à l'utilisation de substances, dans la grande majorité des cas, ces troubles anxieux (sauf en ce qui concerne le trouble obsessionnel-compulsif) précèdent la survenue de l'anorexie mentale ou de la boulimie (Godart et coll., 2000). De même, comme pour les troubles liés à l'utilisation de substances, l'existence d'antécédents de trouble anxiété de séparation durant l'enfance augmente significativement la fréquence des troubles anxieux associés aux troubles du comportement alimentaire (trouble panique/agoraphobie, phobie sociale et trouble obsessionnel-compulsif pour l'anorexie mentale ; trouble panique/agoraphobie pour la boulimie) (Bailly-Lambin et Bailly, 1999). Toutes ces données suggèrent la possibilité d'une séquence chronologique allant des troubles émotionnels de l'enfance aux troubles addictifs : chez ces sujets, on peut en effet postuler que le trouble anxiété de séparation de l'enfance s'est poursuivi et enrichi à l'adolescence d'autres troubles anxio-phobiques, conduisant secondairement aux troubles liés à l'utilisation de substances ou aux troubles du comportement alimentaire (Bailly-Lambin et Bailly, 1999b).

Complications iatrogènes

Du fait de la fréquence des plaintes somatiques associées aux troubles anxieux de l'enfant et de la méconnaissance du diagnostic, ces enfants peuvent être soumis à des explorations inutiles et à des traitements abusifs avec leurs dommages propres. Il s'agit là en outre d'une cause de retard à la mise en place d'une prise en charge adéquate et donc d'un facteur de risque sur le plan évolutif (Mouren-Siméoni et coll., 1993). À ce titre, plusieurs études montrent que les plaintes somatiques les plus fréquemment observées chez les enfants souffrant de troubles anxieux concernent la sphère cardiovasculaire

(palpitations) et surtout la sphère gastro-intestinale (douleurs abdominales, maux d'estomac, nausées, vomissements) (Livingston et coll., 1988 ; Bernstein et coll., 1997).

Dépistage des troubles anxieux

Contrairement aux troubles externalisés, en règle générale surévalués par l'entourage de l'enfant en fonction de son degré de tolérance, les troubles émotionnels sont plus souvent difficilement perçus, et ce d'autant que l'enfant est jeune. Un délai de plusieurs années est ainsi généralement constaté entre le début des troubles anxieux et la demande de soins (tableau 14.IX). Parfois, ce n'est qu'à l'occasion de la survenue de complications que les troubles sont repérés. C'est dire, si besoin était, la nécessité de développer des méthodes d'évaluation permettant un dépistage, aussi précoce et fiable que possible, des troubles. Les premiers instruments utilisés chez l'enfant et l'adolescent étaient des versions adaptées d'instruments d'évaluation de l'anxiété pour adultes. Si l'élaboration d'instruments spécifiquement destinés aux enfants et aux adolescents est apparue rapidement nécessaire, leur construction et leur utilisation posent encore de nombreux problèmes.

Tableau 14.IX : Ages moyens (ans) de début des troubles et de la prise en charge observés chez 188 enfants et adolescents, âgés de 5 à 18 ans, admis consécutivement dans une clinique spécialisée pour les troubles anxieux (Last et coll., 1992)

Troubles	Age moyen de début du trouble	Age moyen à l'admission
Anxiété de séparation	7,5	10,3
Phobie sociale	11,3	14,4
Phobies spécifiques	8,4	12,1
Trouble panique	14,1	15,2
Hyperanxiété	8,8	13,6

Problèmes généraux du dépistage

Quelle que soit la méthode considérée, l'idéal serait certainement de disposer d'un seul et même instrument utilisable à tous les âges. Un tel instrument apparaît en fait peu concevable, et ce pour plusieurs raisons. L'enfant est un être en pleine évolution psychique, biologique et sociale. Cette évolution constante entraîne des difficultés spécifiques et fournit à l'enfant des modalités d'expression particulières, variables dans le temps. L'enfant est aussi un être placé dans une relation d'étroite dépendance obligatoire vis-à-vis de ses environnements. C'est à ce niveau que se marque la spécificité du champ de la

psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent par rapport à la psychiatrie de l'adulte. Les changements que connaissent les enfants et les adolescents au cours de leur développement, en particulier dans les domaines cognitif et affectif, ont une influence sur l'expression clinique des signes et des symptômes. C'est dire que la phénoménologie des troubles présentés va varier en fonction des stades du développement. De même, existe-t-il chez l'enfant des fluctuations spontanées de la symptomatologie en fonction de l'environnement et des situations rencontrées. Par ailleurs, on peut se demander si un enfant est capable d'introspection. Peut-il répondre aux questions de façon précise, peut-il exprimer clairement ce qu'il ressent ? Si l'on considère le développement cognitif de l'enfant selon Inhelder et Piaget (1955), on peut supposer qu'il en est capable à partir de l'âge de 7 ans, s'il a un développement intellectuel normal. Encore faut-il que les enfants comprennent les termes utilisés (c'est-à-dire que les expressions employées soient adaptées au vocabulaire des enfants), et que la durée de l'évaluation ne dépasse pas la capacité de l'enfant à soutenir son attention. Pour toutes ces raisons, la plupart des instruments utilisés chez l'enfant et l'adolescent s'adressent à des sujets d'une tranche d'âge relativement étroite et bien déterminée. De plus, l'évaluation des troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent exige que les renseignements soient recueillis auprès de sources multiples. Beaucoup d'instruments utilisés chez l'enfant existent en plusieurs versions (enfants, parents, enseignants). Cette nécessité amène cependant un autre problème, celui de la concordance des informations ainsi obtenues.

Idéalement, selon Stallings et March (1995), les instruments évaluant l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent devraient répondre aux critères suivants :

- fournir des informations fiables et valides sur la symptomatologie anxieuse dans ses diverses composantes et circonstances de survenue ;
- faire apparaître clairement les différents syndromes ;
- évaluer la sévérité ;
- permettre un recueil d'informations concordantes auprès de sources multiples, par exemple chez l'enfant et ses parents ;
- être sensibles aux changements induits par les traitements.

Aucun des instruments actuellement disponibles ne répond à l'ensemble de ces critères. En pratique, plusieurs facteurs doivent être pris en considération dans le choix d'un instrument : son champ d'application (dépistage, recherche, évaluation thérapeutique) ; qui répond aux questions (enfant, parents) ; sa durée moyenne de passation ; le niveau d'expérience et d'entraînement requis pour le personnel administrant la procédure ; son coût (Mouren-Siméoni et coll., 1993 ; Stallings et March, 1995).

Il existe de très nombreux instruments évaluant l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent (Barrios et Hartmann, 1997, en recense plus de 160). Nous ne

présenterons ici que les instruments les plus communément utilisés. Schématiquement, ces instruments peuvent être classés à partir de deux axes principaux : anxiété-trait *versus* anxiété-état, anxiété globale *versus* anxiété spécifique (Roberts et coll., 1989). L'anxiété-trait correspond à ce que l'enfant ressent en général, c'est-à-dire qu'elle évalue les symptômes stables et persistants au travers de diverses situations. L'anxiété-état correspond à ce que l'enfant ressent au moment de l'évaluation, en réponse à des facteurs de stress spécifiques. L'anxiété globale évalue le niveau général d'anxiété de l'enfant, lequel est ici présumé stable quelles que soient les situations. L'anxiété spécifique se rapporte à l'évaluation des symptômes anxieux dans des contextes particuliers.

Entretiens diagnostiques structurés et semi-structurés

Les entretiens diagnostiques standardisés se composent d'une suite de questions que l'évaluateur devra passer en revue pour obtenir l'information de la part du sujet examiné. Dans les entretiens structurés, les questions sont précises et à choix forcé, ce qui permet de limiter la discordance interjuges. Dans les entretiens semi-structurés, la formulation des questions est indicative et permet une approche plus libre de la symptomatologie. La plupart des entretiens diagnostiques standardisés existent en deux versions : l'une destinée à l'enfant lui-même, l'autre aux parents. Du fait de l'évolution constante des classifications et des critères diagnostiques, ces instruments sont en remaniement permanent.

Si les entretiens diagnostiques standardisés sont couramment utilisés pour des enfants aussi jeunes que 6-7 ans, il n'y a que très peu d'études examinant leurs performances diagnostiques en fonction de l'âge. Ces études montrent cependant clairement que leur degré de fiabilité augmente avec l'âge : la fiabilité des principaux instruments étudiés apparaît ainsi plutôt mauvaise pour les enfants âgés de 6 à 8 ans, plutôt moyenne pour les enfants âgés de 9 à 11 ans, et bonne pour les enfants âgés de 12 ans et plus. L'analyse des résultats de ces études montre en particulier que seules les peurs simples sont rapportées avec une bonne fiabilité par les enfants les plus jeunes, et que le début, la durée, l'évolution et les fluctuations des symptômes sont des notions difficilement obtenues par l'interrogatoire direct des enfants (Edelbrock et coll., 1985 ; Schwab-Stone et coll., 1993, 1994 ; Silverman et Eisen, 1992). De même, les études ayant comparé les informations obtenues auprès de l'enfant et de ses parents montrent qu'en règle générale les enfants rapportent beaucoup moins de symptômes que les parents, exception faite cependant des troubles anxieux pour lesquels les informations livrées par l'enfant lui-même sont souvent plus précises que celles données par les parents (Silverman et Eisen, 1992 ; Schwab-Stone et coll., 1994). Ces instruments ne doivent être utilisés, en règle générale, que par des praticiens qualifiés et entraînés, la fiabilité des diagnostics obtenus, en particulier pour les troubles anxieux, dépendant le plus souvent du niveau de formation clinique de l'évaluateur (Costello, 1987).

Il existe deux entretiens semi-structurés destinés spécifiquement à l'évaluation des troubles anxieux chez l'enfant :

- l'*Anxiety disorders interview schedule for children* (ADIS-C) (Silverman et Nelles, 1988) permet d'explorer les troubles anxieux tels qu'ils sont répertoriés dans le DSM-III-R. Ses qualités psychométriques sont bonnes pour tous les diagnostics, à l'exception du trouble hyperanxiété ;
- le *Children's anxiety evaluation form* (CAEF) (Hoehn-Saric et coll., 1987) a été développé pour évaluer l'anxiété chez les enfants non psychotiques ayant une intelligence normale. Moins utilisé que l'ADIS, ses qualités psychométriques apparaissent aussi moins bonnes.

D'autres entretiens semi-structurés peuvent être utilisés pour évaluer les troubles anxieux chez l'enfant :

- le *Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children* (Kiddie-SADS) (Puig-Antich et Chambers, 1978), dans sa version la plus récente, permet des diagnostics selon les critères du DSM-IV. Son utilité par rapport à d'autres instruments comme l'ADIS reste discutée, la fiabilité des diagnostics obtenus pour les troubles anxieux, et notamment pour les troubles hyperanxiété et anxiété de séparation, apparaissant plutôt mauvaise (Chambers et coll., 1985 ; Hodges, 1993). Il a été traduit en français, mais non validé ;
- le *Child assessment schedule* (CAS) (Hodges et coll., 1982), organisé en trois catégories d'âge (5-7 ans, 8-12 ans, 13-16 ans), est particulièrement intéressant pour les enfants prépubères. Sa fiabilité pour les troubles anxieux, en tant que catégorie diagnostique, apparaît satisfaisante ;
- le *Child and adolescent psychiatric assessment* (CAPA) (Angold et Costello, 2000) permet d'évaluer les symptômes psychiatriques, leur retentissement psychosocial et le fonctionnement familial. Sa fiabilité est comparable à celle observée pour l'ADIS. Il est utilisable chez les enfants et les adolescents âgés de 9 à 17 ans. Des versions pour l'adulte jeune et l'enfant d'âge préscolaire, ainsi qu'un instrument de dépistage dérivé du CAPA, sont en cours d'élaboration.

Parmi les entretiens structurés utilisables pour l'évaluation des troubles anxieux chez l'enfant, on peut citer :

- le *Diagnostic interview for children and adolescents* (DICA) (Herjanic et Reich, 1982) : premier instrument de ce genre, il est utilisable chez les enfants et les adolescents âgés de 6 à 17 ans, dans un but clinique ou épidémiologique ;
- le *Diagnostic interview schedule for children* (DISC) (Costello et coll., 1984) : élaboré dans un but de recherche épidémiologique, sa fiabilité interjuges pour les troubles internalisés apparaît inférieure à celle obtenue avec le CAPA, en particulier chez les jeunes enfants. Il a aussi été traduit en français, mais non validé ;
- le *Children's interview for psychiatric syndromes* (ChIPS) (Weller et coll., 2000) : destiné aux enfants et aux adolescents âgés de 6 à 18 ans, sa durée de passation est inférieure à celle requise pour les autres instruments de ce type. Il

se réfère aux critères diagnostiques du DSM-IV et permet une évaluation de l'adaptation sociale.

Les difficultés d'utilisation des entretiens structurés et semi-structurés, en particulier chez les jeunes enfants, ont conduit à l'élaboration de nouvelles formes de moyens diagnostiques standardisés basées sur une série d'images illustrant les critères du DSM-III-R et/ou du DSM-IV :

- le *Dominic-R* (Valla et coll., 2000) est destiné aux enfants âgés de 6 à 11 ans. Il s'agit d'un questionnaire en images informatisé dans lequel le stimulus visuel est complété par une information auditive et écrite. Sa version française est en cours de validation ;
- le *Pictorial instrument for children and adolescents* (PICA-III-R) (Ernst et coll., 2000), destiné aux enfants et aux adolescents âgés de 6 à 16 ans, est codé selon le principe des échelles visuelles analogiques, permettant ainsi une évaluation de la sévérité.

Questionnaires destinés aux parents et/ou aux enseignants

Hormis deux échelles destinées à évaluer la peur des évaluations scolaires (Sarason et coll., 1960) et l'anxiété de séparation (Glennon et Weisz, 1978) par le biais des enseignants, il n'existe pas, à notre connaissance, d'instruments d'évaluation des troubles anxieux de l'enfant élaborés spécifiquement pour les parents et/ou les enseignants. Certains inventaires de comportements comprennent cependant des sous-échelles permettant d'évaluer les troubles internalisés, incluant les troubles anxieux. Deux d'entre-eux sont fréquemment utilisés :

- la *Conners parent rating scale* (CPRS) et la *Conners teacher rating scale* (CTRS) (Goyette et coll., 1978) ont été développées pour identifier les enfants présentant des comportements perturbateurs et évaluer l'efficacité des traitements. L'échelle pour parents fournit un facteur d'anxiété (limité cependant à 4 items). Ces échelles ont été traduites en français, mais non validées (Dugas et coll., 1987) ;
- la *Child behavior checklist* (CBCL) (Achenbach et Edelbrock, 1983) est un questionnaire général rempli par les parents qui évalue les aptitudes et les problèmes affectifs et comportementaux des enfants âgés de 4 à 16 ans. Ce questionnaire comporte une sous-échelle correspondant aux manifestations dépressives et anxieuses (troubles internalisés), dont la cotation tient compte du sexe et de l'âge. Cet instrument a été traduit en français et validé (Fombonne et coll., 1988 ; Vermeersch et Fombonne, 1997).

Questionnaires d'évaluation globale

Les autoquestionnaires, qui permettent à l'enfant de rapporter directement ses émotions, ses sentiments, son vécu en évitant les distorsions possibles dues à l'interprétation d'un intermédiaire, apparaissent particulièrement bien adaptés à l'évaluation de l'anxiété. Leur emploi n'est cependant pas sans poser

certains problèmes sur le plan méthodologique. Tout d'abord, il faut que les enfants sachent lire et écrire le plus souvent. Ensuite, il a été démontré que des facteurs sociaux pouvaient influencer l'authenticité des réponses obtenues. Des distorsions dues à une mauvaise interprétation des questions par l'enfant, à son désir de « paraître » différent ou encore de « masquer » la réalité, sont possibles (Glennon et Weisz, 1978). Enfin, le contexte socioculturel et le sexe semblent également influencer les réponses, les filles apparaissant plus disposées à accepter leurs craintes et leurs appréhensions que les garçons (Ollendick et coll., 1985). Quoi qu'il en soit, les échelles d'autoévaluation sont largement utilisées, en raison principalement de la simplification pratique qu'elles permettent (absence d'évaluateur qualifié et entraîné, gain de temps, possibilité d'une utilisation répétée chez un même sujet). Ces échelles ont été construites pour permettre une quantification de l'anxiété et ne peuvent en aucun cas être utilisées dans un but diagnostique :

- la *Revised children's manifest anxiety scale* (RCMAS) (Reynolds et Richmond, 1978 et 1979) contient 37 items qui se regroupent en trois facteurs : signes physiologiques de l'anxiété, préoccupations et hypersensibilité, difficultés de concentration. Des données normatives, tenant compte de l'âge et du sexe, ont été établies pour les enfants et les adolescents âgés de 6 à 19 ans. Cet étalonnage n'est cependant valable que pour la population américaine. La RCMAS a été traduite en français, mais non validée ;
- le *State-trait anxiety inventory for children* (STAIC) (Spielberger et coll., 1973) comprend deux échelles (anxiété-état et anxiété-trait) qui peuvent être administrées conjointement ou séparément. L'échelle d'anxiété-état est surtout utilisée dans un but de recherche : elle permet d'évaluer les symptômes anxieux lorsque l'enfant est confronté à une situation particulière (intervention chirurgicale par exemple). L'échelle d'anxiété-trait, plus couramment employée, fournit une mesure de l'intensité générale de l'anxiété. Elle ne permet pas de discriminer les enfants présentant un trouble anxieux des enfants présentant d'autres diagnostics psychiatriques. Ces deux échelles ont été conçues pour des enfants âgés de 9 à 12 ans, mais elles sont aussi fréquemment utilisées chez des enfants plus jeunes ou plus âgés. Des données normatives, par âge et par sexe, ont été établies aux États-Unis. Ces échelles ont été traduites en français, mais non validées, même s'il existe des données pour l'échelle d'anxiété-trait établies chez des adolescentes issues de la population générale (Vera et Nollet, 1992) ;
- le *Fear survey schedule for children-revised* (FSSC-R) (Ollendick, 1983) est une version adaptée du FSS-FC (Scherer et Nakamura, 1968), afin de rendre l'instrument plus compréhensible pour les jeunes enfants, les enfants retardés mentaux ou encore présentant des troubles psychiatriques. Conçue pour mesurer l'intensité des symptômes phobiques, cette échelle identifie des catégories de peurs bien distinctes. Si elle a été traduite en français, son contenu est marqué par des aspects historiques et culturels qui la rendent impossible à utiliser telle quelle ;

- la *Multidimensional anxiety scale for children* (MASC) (Stallings et March, 1995) est une échelle récente comprenant 45 items qui se regroupent en quatre facteurs principaux : anxiété physique, évitement du danger, anxiété sociale, et anxiété de séparation. Ses qualités psychométriques apparaissent satisfaisantes. Elle peut être utilisée dans un but clinique ou épidémiologique ;
- l'Échelle comportementale d'anxiété phobique (ECAP) (Vera, 1996) est la seule échelle française destinée à mesurer les peurs exprimées par les enfants et les adolescents. Conçue pour des enfants et des adolescents âgés de 8 à 18 ans, elle comprend 76 items de peurs et 21 items d'évitement phobique. Ses caractéristiques psychométriques ont été étudiées dans une population d'enfants normaux et dans une population d'enfants présentant un trouble anxieux. S'il ne s'agit pas d'un instrument de diagnostic clinique, elle discrimine bien les enfants et les adolescents présentant un trouble phobique.

Questionnaires spécifiques

Contrairement aux instruments précédemment cités, construits pour mesurer le niveau général d'anxiété de l'enfant, d'autres ont été élaborés en vue d'évaluer les symptômes anxieux correspondant à des catégories diagnostiques particulières.

Deux échelles d'autoévaluation ont été élaborées pour évaluer spécifiquement l'anxiété sociale chez l'enfant :

- la *Social anxiety scale for children* (SASC) (La Greca et coll., 1988) a été développée pour étudier les relations avec les pairs et évaluer le degré d'évitement social de l'enfant, sa détresse sociale, et sa peur de l'évaluation négative. Dans sa version originale, elle comprend 10 items se regroupant en deux facteurs principaux : peur de l'évaluation négative, évitement social et détresse. Sa version la plus récente (SASC-R) (La Greca et Stone, 1993) comprend 22 items se regroupant en trois facteurs : peur de l'évaluation négative, évitement social et détresse spécifiques (apparaissant lors de la confrontation à des situations nouvelles), évitement social et inhibition généralisés ;
- le *Social phobia anxiety inventory for children* (SPAI-C) (Turner et coll., 1989) permet d'évaluer les manifestations somatiques, les cognitions et le comportement apparaissant spécifiquement chez l'enfant dans diverses situations sociales. Les premières évaluations de cet instrument montrent qu'il discrimine bien les enfants présentant une phobie sociale.

Si les entretiens diagnostiques standardisés restent les instruments les mieux adaptés pour évaluer les troubles mentaux chez l'enfant et l'adolescent, ce n'est que récemment que la catégorie « état de stress post-traumatique » a été incluse dans leur champ d'investigations. Dans ce contexte, la *Pynoos-Nader version of the stress reaction index* (SRI) (Pynoos et coll., 1991) peut être utilisée à la fois comme un entretien semi-structuré et comme un questionnaire d'autoévaluation. Ses qualités psychométriques restent cependant à démontrer.

La *Hamilton anxiety rating scale* (HARS) (Hamilton, 1959) est une échelle d'évaluation par évaluateur externe permettant de mesurer l'intensité de l'anxiété névrotique chez l'adulte. Elle comprend 14 items se regroupant en deux facteurs : anxiété psychique et anxiété physique. Selon Stallings et March (1995), elle peut être utilisée chez l'adolescent pour l'évaluation de l'anxiété généralisée. Aucune donnée normative n'est cependant disponible concernant cette tranche d'âge. La HARS a été traduite en français et validée chez l'adulte (Pichot et coll., 1981).

Vers une prévention des troubles anxieux chez l'enfant

De manière générale, la prévention, et plus précisément la prévention primaire qui nous occupe ici, englobe l'ensemble des mesures destinées à diminuer l'incidence d'une maladie dans la population, et donc à réduire le risque d'apparition de nouveaux cas. En matière de troubles anxieux, la prévention peut ainsi être définie comme l'ensemble des mesures visant à éviter l'entrée dans, ou à enrayer, le processus de développement conduisant à un trouble cliniquement manifeste (Mrazek et Haggerty, 1994).

L'intérêt porté à la prévention des troubles anxieux chez l'enfant se justifie pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il est clairement établi que les désordres émotionnels de l'enfant sont le plus souvent difficilement perçus par l'entourage (parents, enseignants) qui a tendance à minimiser la gravité des troubles. Ainsi, plusieurs études montrent que la plupart des enfants présentant des troubles anxieux ne sont pas reconnus, et qu'ils sont non ou mal traités (Esser et coll., 1990 ; Zubrick et coll., 1997). Non traités, les troubles anxieux peuvent récidiver ou évoluer vers la chronicité. Dans le même ordre d'idée, on a vu l'importance et la gravité de leurs complications. En second lieu, une fois installés, les troubles anxieux chez l'enfant restent difficiles à traiter : des données empiriques suggèrent que dans 30 % à 40 % des cas environ, les troubles pourraient persister malgré un traitement adapté (Barrett et coll., 1996 ; Kendall, 1994). Enfin, en raison de leurs conséquences sociales, émotionnelles et scolaires, les coûts liés aux troubles anxieux apparaissent multiples tant sur le plan personnel (pour l'enfant et sa famille) que sur le plan économique (Mc Dermott et Carter, 1995).

La prévention en matière de troubles anxieux chez l'enfant doit tenir compte des réalités du phénomène, telles qu'elles sont mises en évidence par les enquêtes et les recherches. Cependant, de nombreux auteurs font remarquer que, si les données sur les facteurs de risque sont aujourd'hui nombreuses et solides, il n'en est pas de même pour les facteurs de résilience ou de protection, qui revêtent pourtant une importance majeure dans une perspective de prévention (les quelques études actuellement disponibles portent essentiellement sur le support social et sur les compétences de l'enfant en termes de

stratégies d'ajustement et d'adaptation) (Spence, 1994 ; Winett, 1998 ; Donovan et Spence, 2000).

Données générales

Différentes méthodes d'intervention ont été proposées, basées le plus souvent sur des techniques cognitivo-comportementales (lesquelles ont fait la preuve de leur efficacité dans le traitement des troubles anxieux chez l'enfant) (tableau 14.X). L'idée générale est ici de réduire les facteurs de risque tout en optimisant les compétences de l'enfant en termes de stratégies d'ajustement et d'adaptation. Les interventions peuvent porter sur l'enfant lui-même, sur ses parents et/ou sur son environnement (Spence, 1994 ; Donovan et Spence, 2000).

Différents temps d'intervention peuvent être distingués. Certains facteurs de risque (comme les antécédents parentaux de troubles mentaux) sont repérables très précocement et vont agir durant toute l'enfance et l'adolescence. D'autres (comme les attitudes éducatives parentales et les facteurs tempéramentaux) vont se manifester plus tardivement. D'autres encore (comme les changements d'école, le divorce des parents et les événements traumatiques en général) peuvent affecter l'enfant à un moment particulier de son développement. De ces données, deux idées-forces se dégagent : il convient de repérer le plus précocement possible les facteurs de risque potentiels ; il convient d'adapter les méthodes de prévention aux facteurs de risque repérés et au niveau de développement de l'enfant (tableau 14.XI) (Donovan et Spence, 2000).

Différents niveaux d'intervention doivent être considérés. Comme le font remarquer de nombreux auteurs, la plupart des programmes de prévention sont essentiellement centrés sur l'enfant lui-même, à l'exclusion de toute intervention sur son environnement. Or, comme le remarquent encore ces auteurs, les actions menées auprès de l'enfant n'ont d'intérêt et de sens que si elles s'accompagnent des changements nécessaires dans son environnement. C'est dire que l'organisation générale de la prévention doit obligatoirement être envisagée à plusieurs niveaux (Mc Dermott et Carter, 1995 ; Munoz et coll., 1996 ; Winett, 1998). Dans cette perspective, deux objectifs principaux se dégagent. Tout d'abord, il convient de sensibiliser l'environnement de l'enfant (parents, enseignants, professionnels de santé, responsables politiques) à l'intérêt d'une action préventive. Ensuite, il convient de se doter des moyens nécessaires à la mise en place de cette action de prévention, en termes à la fois de compétences professionnelles, de ressources financières et de cadre législatif. Ainsi, s'établit une hiérarchie des interventions permettant de mettre en rapport des objectifs précis avec les ressources et les contraintes physiques, financières et institutionnelles (tableau 14.XII) (Winett, 1998 ; Donovan et Spence, 2000).

Tableau 14.X : Méthodes de prévention des troubles anxieux chez l'enfant (Donovan et Spence, 2000)

<p>Méthodes centrées sur l'enfant</p> <hr/> <p>Apprentissage par imitation de stratégies d'adaptation utilisées avec succès par des pairs ou des adultes face à des situations stressantes (en « direct » ou en vidéo)</p> <p>Conseils pratiques sur l'utilisation de stratégies d'adaptation comme la relaxation contrôlée, les exercices respiratoires, le renforcement positif de soi, l'imagerie mentale ayant recours à des modèles, et le détournement d'attention</p> <p>Entraînement comportemental, jeux de rôles et pratique des stratégies d'adaptation pour faire face aux situations stressantes</p> <p>Renforcement positif des comportements d'approche et des compétences de l'enfant en termes d'adaptation</p> <p>Informations sur les situations redoutées de telle manière que l'enfant puisse acquérir le sentiment de pouvoir contrôler les événements stressants (verbalement ou à l'aide de films)</p> <p>Renforcement des capacités de contrôle de l'enfant sur la situation redoutée</p> <p>Exposition préalable, non traumatique, aux situations stressantes (inhibition latente)</p> <p>Exposition aux situations potentiellement stressantes sans les conséquences redoutées</p> <p>Apprendre à l'enfant à demander de l'aide et à tirer profit du support social</p> <hr/> <p>Méthodes centrées sur les parents</p> <hr/> <p>Apprentissage par imitation de comportements d'adaptation appropriés</p> <p>Apprendre à encourager et à renforcer l'utilisation par l'enfant de ses compétences en termes d'adaptation</p> <p>Réduction de leurs propres comportements anxieux</p> <p>Réduction des attitudes éducatives de type hyperprotection et critique excessive</p> <p>Apprendre à encourager l'enfant à s'engager dans des activités appropriées</p> <p>Apprendre à ne pas renforcer et à prévenir les conduites d'évitement de l'enfant (lorsque celles-ci apparaissent inappropriées)</p> <p>Éviter de se focaliser sur, et de communiquer à l'enfant, les menaces potentielles inhérentes à son environnement</p> <hr/> <p>Méthodes de restructuration environnementale</p> <hr/> <p>Réduction du risque inhérent aux situations connues pour être « à haut risque » (par exemple : réduction du stress lié aux changements d'école à partir des établissements scolaires)</p> <p>Essayer de réduire les facteurs de risque (par exemple : prévention de la violence intra-familiale)</p> <hr/>

Différents programmes de prévention : quelques exemples

Plusieurs types d'interventions peuvent être envisagés en fonction des populations visées. À partir de la détermination du risque encouru par les enfants et les adolescents, Mrazek et Haggerty (1994) en distinguent trois. La prévention dite « universelle » ou « généralisée » s'adresse à l'ensemble de la population des enfants et des adolescents. Il s'agit donc ici d'une prévention globale, à large spectre, auprès d'enfants et d'adolescents « tout venant ». La prévention dite « sélective » s'adresse aux enfants et aux adolescents supposés présenter des facteurs de risque (sur le plan individuel, familial et/ou environnemental). Enfin, la prévention dite « indiquée » s'adresse aux enfants et aux adolescents

Tableau 14.XI : Chronologie de la prévention des troubles anxieux chez l'enfant (Donovan et Spence, 2000)

Stades du développement	Facteurs de risque	Méthodes de prévention
Période prénatale	Antécédents familiaux de troubles anxieux Psychopathologie parentale	Traitement des troubles anxieux parentaux Entraînement aux habiletés éducatives (parents)
Petite enfance	Attachement angoissé Inhibition comportementale Anxiété parentale (troubles anxieux et attitudes éducatives anxieuses)	Traitement de l'anxiété parentale Entraînement aux habiletés éducatives (parents)
Enfance	Attitudes parentales d'hyperprotection et de critique excessive Inhibition comportementale Entrée à l'école Anxiété parentale Symptômes précoces d'anxiété	Entraînement aux habiletés éducatives (parents) Traitement de l'anxiété parentale Entraînement aux stratégies d'ajustement et d'adaptation
Adolescence	Changement d'école Anxiété parentale Symptômes d'anxiété	Entraînement aux stratégies d'ajustement et d'adaptation Entraînement aux habiletés éducatives (parents) Traitement de l'anxiété parentale

à haut risque présentant des marqueurs cliniques et/ou biologiques de vulnérabilité ou manifestant déjà des symptômes d'anxiété.

Prévention généralisée

La prévention généralisée a fait l'objet de très peu d'études. Un des programmes les plus fréquemment rapportés est celui développé par Dubow et coll. (1993) sous le titre « *I can do* ». Ce programme, destiné aux enfants des classes primaires, vise au développement des facteurs de protection permettant de faire face aux situations stressantes. Son déroulement comporte plusieurs étapes : apprentissage des principales stratégies d'ajustement et d'adaptation (résolution de problèmes, recherche de support social, stratégies visant à augmenter les affects positifs dans les situations incontrôlables) ; mise en pratique des données acquises à partir des situations stressantes les plus fréquemment rencontrées chez l'enfant (séparation ou divorce des parents, perte d'une personne proche, déménagement ou changement d'école, se retrouver seul à la maison, sentiment d'être différent). Des informations sont aussi données aux enfants sur leurs possibilités d'aider ceux qui font l'expérience de telles situations. Les résultats ne retrouvent aucun changement en ce qui concerne le support social des enfants, ni dans leurs connaissances ou leurs attitudes au regard des événements de vie négatifs. Cependant, les enfants ayant participé au programme font preuve d'un plus grand sentiment d'efficacité dans leur capacité à faire face aux événements stressants et dans leur capacité à résoudre les problèmes. Ces résultats semblent se maintenir à

Tableau 14.XII : Organisation de la prévention des troubles anxieux chez l'enfant (Winett, 1998 ; Donovan et Spence, 2000)

Niveau d'intervention	Capacités à acquérir	Ressources	Cadres à mettre en place
Individuel (enfant)	Stratégies d'ajustement et d'adaptation Habilités à faire face à l'anxiété parentale	Ecoles, centres de santé communautaire, centres de prévention Centres de soins (pour les parents)	Environnement familial propice
Interpersonnel (parents)	Habilités éducatives Habilités à s'entourer d'un support social adéquat	Support social (pour l'enfant et ses parents) Centres de santé communautaire et de prévention	Environnement familial propice Environnement clinique approprié
Environnemental			
Enseignants	Repérage des enfants à risque et/ou en difficulté Capacités à travailler sur les compétences de vie	Ecoles	Environnement scolaire propice
Professionnels de santé	Capacités à travailler sur les compétences de l'enfant et de ses parents	Centres de santé communautaire et de prévention	Environnement clinique approprié
Institutionnel (gouvernemental)	Recueil d'informations sur les problèmes de santé mentale chez l'enfant Recueil d'informations, suivi et évaluation des programmes d'aide et de prévention	Gouvernement, collectivités locales	Législation visant à promouvoir la santé mentale chez l'enfant

moyen terme. Malheureusement, l'évaluation n'incluait aucune mesure des niveaux de stress et d'anxiété.

Par définition, les actions de prévention généralisée proposent des programmes uniformes pour tous les enfants, y compris ceux qui ne sont pas à risque. Leur évaluation en termes de coûts/bénéfices est difficile à réaliser et nécessite des moyens considérables. Compte tenu de l'hétérogénéité des populations concernées et des situations rencontrées, de nombreux facteurs doivent être pris en considération dans l'analyse de leurs résultats. Seules des études à long terme portant sur de très larges échantillons peuvent apporter des renseignements valides quant à leur efficacité. L'avantage des programmes de prévention tels que le programme « *I can do* » est cependant qu'ils peuvent avoir un impact sur de nombreux problèmes émotionnels et comportementaux rencontrés chez les enfants (Donovan et Spence, 2000).

Prévention sélective

Certains programmes ont été élaborés plus spécifiquement à partir des situations connues pour favoriser les réactions d'anxiété, et notamment le développement de troubles phobiques. Les uns sont destinés à tous les enfants et visent à réduire l'impact de ces situations. Les autres s'adressent aux enfants qui vivent ou ayant vécu une expérience potentiellement traumatisante.

La phobie dentaire toucherait, à des degrés divers, environ 10 % à 20 % des enfants et des adolescents et tendrait, dans la plupart des cas, à persister à l'âge adulte (Milgrom et coll., 1992). Dans une revue de la littérature, Weinstein (1990) dégage les principales méthodes ayant fait la preuve de leur efficacité dans la réduction de l'anxiété liée aux interventions dentaires : donner le plus possible à l'enfant un sentiment de contrôle sur la procédure ; pré-exposition à l'intervention dans des conditions non traumatisantes ; apprentissage par imitation à partir de films vidéo montrant des enfants confrontés à la même situation et s'y adaptant parfaitement. Ces techniques auraient plusieurs avantages : réduction, chez les enfants, des peurs dentaires et des comportements perturbateurs qui les accompagnent ; amélioration des conditions d'intervention et diminution du stress chez les dentistes devant faire face à de telles situations ; enfin, diminution, chez les enfants, des problèmes dentaires, parfois liés à des comportements d'évitement limitant la fréquence des consultations.

Dans le même ordre d'idée, plusieurs programmes ont été développés en vue de limiter l'anxiété liée aux interventions médicales. Dans ce cadre, plusieurs facteurs peuvent affecter l'enfant : facteurs liés à l'hospitalisation (séparation d'avec les parents, environnement nouveau et angoissant), facteurs liés à la maladie elle-même ou à son traitement (douleurs, piqûres, interventions chirurgicales...) (Traughber et Cataldo, 1983 ; Melamed, 1998). De façon générale, les techniques d'apprentissage par imitation et l'entraînement aux stratégies d'ajustement et d'adaptation (relaxation contrôlée, exercices de respiration, imagerie mentale, renforcement positif, jeux de rôles à l'aide de

poupées) se sont révélés efficaces, entraînant une réduction des manifestations anxieuses significativement supérieure à celle obtenue par la simple délivrance d'informations ou par l'administration de tranquillisants (Peterson et Shigetomi, 1981 ; Jay et coll., 1987, 1995 ; Melamed, 1998).

Avoir un frère ou une sœur atteint d'une maladie chronique et/ou fatale peut aussi entraîner chez l'enfant de nombreuses perturbations émotionnelles : ressentiment à l'égard du frère ou de la sœur malade, sentiment de jalousie lié à l'importance du temps accordé par les parents à l'enfant malade, sentiment d'être négligé par les parents, culpabilité, colère, sentiment de solitude. Les plus jeunes en particulier peuvent développer des troubles phobiques : peur de la contamination, peur de tomber malade, peur de la mort du frère ou de la sœur malade ou de sa propre mort (Bendor, 1990). Les programmes de prévention développés à destination de ces enfants regroupent souvent plusieurs stratégies : groupes de support pour les enfants, guidance parentale (l'objectif étant ici d'aider les parents à parler de la maladie et/ou de la mort possible du frère ou de la sœur et à recadrer leur attention sur l'ensemble des enfants de la famille), accompagnement personnalisé en cas de décès du frère ou de la sœur (Bendor, 1990 ; Williams et coll., 1997).

Parmi les événements auxquels les enfants sont habituellement confrontés, le changement d'école apparaît comme l'un des plus stressants, entraînant de nombreuses difficultés émotionnelles et comportementales (problèmes relationnels avec les pairs, refus scolaire, plaintes somatiques, baisse des performances) (Soussignan et coll., 1988 ; Hightower et Braden, 1991). Le *School transition environment project* (STEP) (Felner et Adan, 1988) est un des programmes développés en vue de faciliter la transition d'une école à l'autre et de réduire les conséquences liées à l'anxiété qu'elle engendre. Ce programme, destiné aux enfants passant de l'école primaire au collège, vise à faciliter les relations entre les élèves et le personnel encadrant (enseignants, administratifs) et à créer un environnement favorable et sécurisant (petites unités, environnement stable et familial, accompagnement personnalisé). Testé dans plusieurs écoles sur des enfants d'origines sociales diverses, le programme STEP s'est révélé efficace à plusieurs niveaux : amélioration de l'estime de soi et des performances scolaires, diminution de l'absentéisme. Le programme STEP est l'un des rares exemples d'action de prévention portant essentiellement sur l'environnement de l'enfant.

L'anxiété de performance et la peur des examens sont aussi des troubles fréquemment rencontrés chez les enfants de 9-12 ans et tendent à persister durant l'adolescence (Morris et Kratochwill, 1991). Des données suggèrent que les techniques communément utilisées pour leur traitement peuvent également s'avérer efficaces dans une perspective de prévention (relaxation, désensibilisation systématique, immersion, entraînement aux techniques d'étude, restructuration cognitive, imitation) (Tryon, 1980 ; Morris et Kratochwill, 1991).

De façon générale, les enfants confrontés à la séparation ou au divorce de leurs parents sont des enfants à risque de développer des troubles psychopathologiques. Parmi les nombreux programmes de prévention proposés (Hodges, 1991), le *Children of divorce intervention project* (CODIP), développé par Pedro-Carroll et Cowen (1985), a fait l'objet de plusieurs études d'évaluation. Ce programme, initié à l'école, vise à prévenir les problèmes émotionnels, comportementaux et scolaires, rencontrés chez les enfants de parents divorcés. Ses objectifs sont multiples : créer un environnement groupal capable d'aider l'enfant ; faciliter l'identification et l'expression des émotions et des sentiments liés au divorce des parents ; fournir à l'enfant des informations susceptibles de l'aider à comprendre le divorce de ses parents et rectifier les erreurs de jugement ; apprendre à l'enfant des stratégies d'ajustement et d'adaptation (stratégies de résolution de problèmes) ; développer chez l'enfant une perception positive de lui-même et de sa famille. Le programme CODIP comprend douze à seize sessions, incluant des groupes de discussion, des jeux de rôles, des entraînements aux stratégies d'ajustement et d'adaptation, et des prescriptions de tâches à réaliser à la maison. Les résultats suggèrent que le programme est efficace à plusieurs niveaux : réduction de l'anxiété, diminution des sentiments de culpabilité et de honte, augmentation de la capacité à résoudre les problèmes liés au divorce des parents, diminution des problèmes comportementaux, amélioration des performances scolaires. Ces effets se maintiennent à 2 ans pour la majorité des enfants. À 3 ans cependant, seule la moitié des enfants inclus dans le programme continue d'en tirer les bénéfices (Hightower et Braden, 1991).

Enfin, une attention toute particulière a été portée ces dernières années à la prévention des séquelles psychiques post-traumatiques chez les sujets venant de vivre un événement catastrophique. Le débriefing psychologique (ou « déchocage » psychologique) est une intervention de crise conçue dans cette perspective, dont le déroulement, maintenant bien codifié, a été adapté à l'enfant (Gillis, 1993 ; Yule, 1994 ; Vila et coll., 1999). Cependant, comme le soulignent Bisson et Deahl (1994), de nombreuses carences méthodologiques affectent les quelques études conduites jusqu'alors (échantillons restreints, absence de randomisation, absence de standardisation des techniques de débriefing utilisées). Si beaucoup d'auteurs s'accordent pour dire qu'une intervention de crise auprès des enfants et de la communauté tout entière est nécessaire pour favoriser le support social, éviter l'isolement et fournir aux enfants des perspectives d'aide en cas de difficultés, de nombreuses questions persistent : quel est le moment le plus approprié pour utiliser le débriefing (certains auteurs préconisent d'intervenir précocement, d'autres dans les 7 à 14 jours suivant l'événement traumatique) ? est-ce que tous les enfants ayant subi un événement traumatique doivent en bénéficier ou non ? faut-il intervenir en groupe ou individuellement, compte tenu des différences possibles entre les enfants dans le niveau de développement et le vécu de l'expérience traumatique ? (Sugar, 1989 ; Bisson et Deahl, 1994 ; Yule, 1994). De l'avis général, si le débriefing psychologique n'est pas source de troubles iatrogènes,

il ne semble pas permettre de prévenir la survenue de toutes pathologies psychotraumatiques. Il réduirait cependant l'intensité et la durée des états de stress post-traumatique (Vila et coll., 1999).

Prévention indiquée

Récemment, des programmes ont été développés pour prévenir la survenue de troubles anxieux chez les enfants présentant déjà des manifestations cliniques d'anxiété voire ce qu'il est convenu d'appeler des syndromes subcliniques ou partiels. Ce type de prévention apparaît justifié dans la mesure où des données épidémiologiques suggèrent que 50 % environ des enfants présentant des symptômes anxieux développent dans les six mois un trouble anxieux caractérisé (Dadds et coll., 1997).

La Freniere et Capuano (1997) ont élaboré un programme de prévention destiné aux enfants d'âge préscolaire présentant des comportements de repli anxieux. Le programme se déroule en quatre phases : évaluation, information des parents sur les besoins de l'enfant liés à son développement, détermination d'objectifs spécifiques pour chaque famille, intervention proprement dite sur la base de onze visites à domicile. L'intervention à domicile se focalise essentiellement sur les interactions parents-enfant, les problèmes comportementaux, les compétences parentales et les systèmes de support social. Comparées à un groupe contrôle, les familles ayant bénéficié du programme montrent des résultats encourageants : diminution des comportements intrusifs et d'hypercontrôle chez les mères, participation plus active des enfants aux tâches de résolution de problèmes, amélioration des compétences sociales des enfants rapportée par les enseignants. Une diminution significative des comportements de repli anxieux était cependant notée à la fois dans le groupe contrôle et chez les enfants ayant bénéficié de l'intervention. Une évaluation à long terme s'avère indispensable pour préciser l'efficacité de ce type d'action.

Le programme développé par Dadds et coll. (1997) peut être considéré à la fois comme un programme d'intervention précoce et de prévention indiquée dans la mesure où il s'adresse à des enfants remplissant les critères diagnostiques d'un trouble anxieux à un niveau très modéré et à des enfants présentant des symptômes subcliniques d'anxiété. Ce programme, basé sur le schéma thérapeutique proposé par Kendall (1994) et utilisant des techniques cognitivo-comportementales, comprend dix séances pour les enfants et trois séances pour les parents. L'évaluation à moyen et long terme retrouve des résultats plutôt favorables : à six mois, un diagnostic de trouble anxieux caractérisé était retrouvé chez 27 % des enfants du groupe intervention contre 57 % dans le groupe contrôle ; à deux ans, la différence entre les deux groupes restait significative, avec respectivement 20 % et 39 % des enfants présentant un trouble anxieux. L'analyse des résultats montre cependant que ce sont surtout les enfants qui présentaient déjà un syndrome clinique anxieux qui ont bénéficié des effets du programme. En effet, si l'on considère uniquement les enfants qui présentaient au départ des symptômes d'anxiété, les différences à

long terme apparaissent moindres : si à six mois 16 % des enfants du groupe intervention contre 54 % dans le groupe contrôle présentaient un diagnostic de trouble anxieux, à deux ans les résultats s'avéraient comparables : respectivement 11 % *versus* 16 % (Dadds et coll., 1997, 1999).

En conclusion, prévenir et traiter les troubles anxieux de l'enfant implique toujours la collaboration de nombreux intervenants : parents, enseignants, médecins généralistes, psychologues, psychiatres, et plus généralement tous les professionnels du champ sanitaire et social, sont concernés et peuvent être amenés, à un moment ou à un autre, à intervenir. Aussi apparaît-il nécessaire que soient réunies les conditions d'un travail en commun. Préciser ce que nous faisons et au nom de quoi n'est certes pas toujours facile. Mais seules la reconnaissance mutuelle et la prise en compte effective du rôle, de la spécificité et des limites de chacun des partenaires impliqués dans cette prise en charge peuvent permettre une articulation suffisamment souple de leurs interventions respectives. Elles nous paraissent aussi seul gage d'efficacité. Des solutions existent. De nouvelles approches, issues de la recherche et guidées par le pragmatisme, sont apparues récemment. Même si de nombreuses questions persistent, leurs résultats apparaissent plutôt encourageants. Aussi est-il possible de réduire les conséquences et de prévenir les handicaps liés aux troubles anxieux de l'enfant, encore trop souvent méconnus ou banalisés.

BIBLIOGRAPHIE

- ACHENBACH TM, EDELBROCK CS. Manual for the child behavior checklist and revised child behavior profile. Queen City Printers, Burlington, CT, 1983
- AGRAS WS, CHAPIN HN, OLIVEAU DC. The natural history of phobia. *Arch Gen Psychiatry* 1972, **26** : 315-317
- AMAYA-JACKSON L, MARCH JS. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1993, **2** : 639-654
- ANDERSON JC, WILLIAMS S, MC GEE R, SILVA PA. DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Arch Gen Psychiatry* 1987, **44** : 69-76
- ANGOLD A, COSTELLO EJ. Depressive comorbidity in children and adolescents : empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry* 1993, **150** : 1779-1791
- ANGOLD A, COSTELLO EJ. The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 39-48
- ANTHONY JL, LONIGAN CJ, HECHT SA. Dimensionality of posttraumatic stress disorder symptoms in children exposed to disaster : results from confirmatory factor analyses. *J Abnorm Psychol* 1999, **108** : 326-336
- BAILLY D, BLANDIN-CORNETTE N, YTHIER H, BEUSCART R, PARQUET PJ. Rôle des événements de vie et des facteurs de stress psychosociaux dans l'anxiété de séparation. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1993, **41** : 477-485

- BAILLY D. Le trouble panique. Un trouble apparaissant habituellement durant l'enfance ou l'adolescence ? *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1994, **42** : 725-731
- BAILLY D, LAMBIN I, GARZON G. L'angoisse de séparation : données épidémiologiques et problèmes théoriques. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1994, **42** : 374-384
- BAILLY D. L'Angoisse de séparation. Masson, Paris, 1995
- BAILLY D, DEWAILLY D. Anxiété et endocrinologie. In : Stress, anxiété et pathologies médicales. SERVANT D, PARQUET PJ eds, Masson, Paris, 1995 : 99-118
- BAILLY D. Angoisse de séparation chez l'enfant et l'adolescent. État des connaissances cliniques, thérapeutiques, devenir à l'âge adulte. Références en Psychiatrie, Doin, Paris, 1997, **2** : 54 p
- BAILLY D. Comorbidité de la dépression chez l'enfant et l'adolescent. In : Âge, dépression et antidépresseurs. COLONNA L, CAILLARD V, BAILLY D eds, Flammarion, Paris, 1998 : 13-22
- BAILLY-LAMBIN I, BAILLY D. Angoisse de séparation et troubles addictifs. In : Addictions et psychiatrie. BAILLY D, VENISSE JL eds, Masson, Paris, 1999a : 123-139
- BAILLY-LAMBIN I, BAILLY D. Angoisse de séparation et troubles du comportement alimentaire. *Encéphale* 1999b, **25** : 226-231
- BAILLY D. Troubles du comportement induits par les substances psychoactives. *Ann Psychiatr* 2000, **15** : 246-253
- BARRETT PM, DADDS MR, RAPEE RM, RYAN SM. Family enhancement of cognitive style in anxious and aggressive children. *J Abnorm Child Psychol* 1996, **24** : 187-203
- BARRIOS BA, HARTMANN DP. Fears and anxieties. In : Assessment of childhood disorders (3rd ed). MASH EJ, TERDAL LG eds, The Guilford Press, New York, 1997 : 230-327
- BEIDEL DC. Social phobia and overanxious disorder in school-age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 545-552
- BEIDEL DC. Social anxiety disorder : etiology and early clinical presentation. *J Clin Psychiatry* 1998, **59** : 27-31
- BELL-DOLAN DJ, LAST CG, STRAUSS CC. Symptoms of anxiety disorders in normal children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, **29** : 759-765
- BELL-DOLAN D, BRAZEAL TJ. Separation anxiety disorder, overanxious disorder, and school refusal. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1993, **2** : 563-580
- BENDOR SJ. Anxiety and isolation in siblings of pediatric cancer patients : the need for prevention. *Soc Work Health Care* 1990, **14** : 17-35
- BENEDEK E. Children and psychic trauma : a brief review of contemporary thinking. In : Posttraumatic stress disorder in children. ETH S, PYNOOS RS eds, American Psychiatric Press, Washington DC, 1985 : 1-16
- BENJAMIN R, COSTELLO E, WARREN M. Anxiety disorders in a pediatric sample. *J Anxiety Dis* 1990, **4** : 293-316
- BERNSTEIN GA, MASSIE ED, THURAS PD. Somatic symptoms in anxious-depressed school refusers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 661-668

- BIEDERMAN J, ROSENBAUM JF, HIRSHFELD DR, FARAONE SV, BOLDUC EA et coll. Psychiatric correlates of behavioral inhibition in young children of parents with and without psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1990, **47** : 21-26
- BIEDERMAN J, FARAONE SV, LAPEY K. Comorbidity of diagnosis in attention-deficit hyperactivity disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1992, **1** : 335-360
- BIEDERMAN J, ROSENBAUM JF, BOLDUC-MURPHY EA, FARAONE SV, CHALOFF J et coll. A 3-year follow-up of children with and without behavioral inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 814-821
- BISSON JI, DEAHL MP. Psychological debriefing and prevention of post-traumatic stress. *Br J Psychiatry* 1994, **165** : 717-720
- BLACK B, UHDE TW. Elective mutism as a variant of social phobia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 1090-1094
- BLANDIN N, PARQUET PJ, BAILLY D. L'angoisse de séparation. Au fil des théories. *Encéphale* 1994, **20** : 121-129
- BOULENGER JP. Troubles anxieux paroxystiques (troubles panique) et agoraphobie : aspects cliniques. In : L'Attaque de panique : un nouveau concept ? BOULENGER JP, GOUREAU JP eds, Château du Loir, 1987 : 79-117
- BOWEN RC, OFFORD DR, BOYLE MH. The prevalence of overanxious disorder and separation anxiety disorder : results from the Ontario Child Health Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, **29** : 753-758
- BOWLBY J. Attachment and loss. Vol. I : Attachment. New York, Basic Books, 1969. Traduction française par KALMANOVITCH J, PUF, Paris, 1978
- BOWLBY J. Attachment and loss. Vol. II : Separation. Anxiety and anger. Basic Books, New York, 1973. Traduction française par DE PANAFIEU B, PUF, Paris, 1978
- BRACONNIER A. Attaque de panique et trouble panique chez l'enfant et l'adolescent. *Encéphale* 1996, **22** : 19-24
- BRADY EU, KENDALL PC. Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychol Bull* 1992, **111** : 244-255
- BRAUN DL, SUNDAY S, HALMI KA. Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders. *Psychol Med* 1994, **24** : 859-867
- BRESLAU N, SCHULTZ L, PETERSON E. Sex differences in depression : a role for preexisting anxiety. *Psychiatr Res* 1995, **58** : 1-12
- BREHERTON I, WATERS E. Growing points of attachment theory and research. *Monogr Soc Res Child Develop* 1985, **50** : 1-2
- BURKE JD JR, BURKE KC, RAE DS. Increased rates of drug abuse and dependence after onset of mood or anxiety disorders in adolescence. *Hosp Community Psychiatry* 1994, **45** : 451-455
- BUSH JP, MELAMED BG, SHERAS PL, GREENBAUM PE. Mother-child patterns of coping with-anticipatory medical stress. *Health Psychol* 1986, **5** : 137-157
- CAMPBELL SB. Developmental issues in childhood anxiety. In : Anxiety disorders of childhood. GITTELMAN R ed, The Guilford Press, New York, 1986 : 24-57

CANTWELL DP, BAKER L. Stability and natural history of DSM-III childhood diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989, **28** : 691-700

CHAMBERS W, PUIG-ANTICH J, HIRSCH M, PAEZ P, AMBROSINI PJ et coll. The assessment of affective disorders in children and adolescents by semistructured interview : test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (present episode version). *Arch Gen Psychiatry* 1985, **42** : 696-702

CHRISTIE KA, BURKE JD, REGIER DA, RAE DS, BOYD JH, LOCKE BZ. Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *Am J Psychiatry* 1988, **145** : 971-975

CLARK DM, EHLERS A. An overview of the cognitive theory and treatment of panic disorder. *Appl Preventive Psychol* 1993, **2** : 131-139

COIE JD, WATT NF, WEST SG, HAWKINS JD, ASARNOW JR et coll. The science of prevention : a conceptual framework and some directions for a national research program. *Am Psychol* 1993, **48** : 1013-1022

CONNELL HM, PERSLEY GV, STURGESS JL. Sleep phobia in middle childhood. A review of six cases. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987, **26** : 449-452

COSTELLO AJ, EDELBROCK CS, DULCAN MK, KALAS R, KLARIC S. Report on the NIMH diagnostic interview schedule for children (DISC). National Institute of Mental Health, Washington DC, 1984

COSTELLO A. Structured interviewing for the assessment of child psychopathology. In : Basic handbook of child psychiatry : advances and new directions. NOSHPITZ J ed, Basic Books, New York, 1987

DADDS MR, BARRETT PM, RAPEE RM. Family process in child anxiety and aggression : an observational analysis. *J Abnormal Child Psychol* 1996, **24** : 715-734

DADDS MR, HOLLAND DE, LAURENS KR, MULLINS M, BARRETT PM, SPENCE SH. Early intervention and prevention of anxiety disorders in children : results at two-year follow-up. *J Consult Clin Psychol* 1999, **67** : 145-150

DADDS MR, SPENCE SH, HOLLAND DE, BARRETT PM, LAURENS KR. Prevention and early intervention for anxiety disorders : a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1997, **65** : 627-635

DAVIDSON JRT, HUGHES DL, GEORGE LK, BLAZER DG. The epidemiology of social phobia : findings from the Duke Epidemiological Catchment Area Study. *Psychol Med* 1993, **23** : 709-718

DE CHOULY DE LENCLAVE MB, BAERT F, BAILLY D. La phobie de déglutition. À propos de deux observations. *Ann Psychiatr* 2000, **15** : 168-175

DOLLINGER SJ, O'DONNELL JP, STALEY AA. Lightning-strike disaster : effects on children's fears and worries. *J Consult Clin Psychol* 1984, **52** : 1028-1038

DOLLINGER SJ. The measurement of children's sleep disturbances and somatic complaints following a disaster. *Child Psychiatr Hum Develop* 1986, **16** : 148-153

DONOVAN CL, SPENCE SH. Prevention of childhood anxiety disorders. *Clin Psychol Rev* 2000, **20** : 509-531

DUBOW EF, SCHMIDT D, MC BRIDE J, EDWARDS S, MERK FL. Teaching children to cope with stressful experiences : implementation and evaluation of a primary prevention program. *J Clin Child Psychol* 1993, **22** : 428-440

DUGAS M, GUERLOT C. Les phobies scolaires : étude clinique et psychopathologique. *Psychiatr Infant* 1977, **20** : 307-382

DUGAS M, ALBERT E, HALFON O, NEDEY-SAYAG MC. L'Hyperactivité chez l'enfant. PUF, Paris, 1987

DUGAS M, MOUREN MC, HALFON O. Les parents battus et leur enfant. *Psychiatr Infant* 1985, **28** : 185-220

EDELBROCK C, COSTELLO AJ, DULCAN MK, KALAS R, CONOVER NC. Age differences in the reliability of the psychiatric interview of the child. *Child Develop* 1985, **56** : 265-275

ERNST M, COOKUS BA, MORAVEC BC. Pictorial Instrument for Children and Adolescents (PICA-III-R). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 94-99

ESSER G, SCHMIDT MH, WOERNER W. Epidemiology and course of psychiatric disorders in school-age children. Results of a longitudinal study. *J Child Psychol Psychiatry* 1990, **31** : 243-264

EYSENCK HJ, RACHMAN S. The Causes and cure of neurosis. Routledge and Kegan Paul, London, 1965

FELDMAN M, WILSON A. Adolescent suicidality in urban minorities and its relationship to conduct disorders, depression, and separation anxiety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 75-84

FELNER RD, ADAN AM. The school transition environment project : an ecological intervention and evaluation. In : Fourteen ounces of prevention : a case book for practitioners. PRICE RH, COWEN EL, LORION RP, RAMOS-MC KAY J eds, American Psychological Association, Washington DC, 1988 : 111-122

FOMBONNE E, CHEHDAN F, CARRADEC AM, ACHARD S, NAVARRO N, REISS S. The child behaviour checklist : un instrument pour la recherche en psychiatrie de l'enfant. *Psychiatr Psychobiol* 1988, **3** : 409-418

FORNARI V, KAPLAN M, SANDBERG DE. Depressive and anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 1992, **12** : 21-29

FRANCIS G, LAST CG, STRAUSS CC. Expression of separation anxiety disorder : the roles of age and gender. *Child Psychiatr Hum Develop* 1987, **18** : 82-89

GARLAND EJ, SMITH DH. Simultaneous prepubertal onset of panic disorder, night terrors, and somnambulism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 553-555

GIACONIA RM, REINHERZ HZ, SILVERMAN AB, PAKIZ B, FROST AK, COHEN E. Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 706-717

GIACONIA RM, REINHERZ HZ, SILVERMAN AB, PAKIZ B, FROST AK, COHEN E. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 1369-1380

- GILLIS HM. Individual and small-group psychotherapy for children involved in trauma and disaster. *In* : Children and disaster. SAYLOR CF ed, Plenum Press, New York, 1993 : 165-186
- GITTELMAN-KLEIN R, KLEIN DF. Childhood separation anxiety and adult agoraphobia. *In* : Anxiety and the anxiety disorders. TUMA AH, MASER DJ eds, Laurence Erlbaum Ass, Hillsdale NJ, 1985 : 389-402
- GLENNON B, WEISZ JR. An observational approach to the assessment of anxiety in young children. *J Consult Clin Psychol* 1978, **46** : 1246-1257
- GODART NT, FLAMENT MF, LECRUBIER Y, JEAMMET P. Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa : co-morbidity and chronology of appearance. *Eur Psychiatry* 2000, **15** : 38-45
- GOODYER I, KOLVIN I, GATZANIS S. Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence. *Br J Psychiatry* 1985, **147** : 517-523
- GOODYER IM, WRIGHT C, ALTHAM PME. Maternal adversity and recent stressful life events in anxious and depressed children. *J Child Psychol Psychiatry* 1988, **29** : 651-667
- GOODYER I, WRIGHT C, ALTHAM P. The friendships and recent life events of anxious and depressed school-age children. *Br J Psychiatry* 1990, **156** : 689-698
- GOODYER IM, ALTHAM PM. Lifetime exit events and recent social and family adversities in anxious and depressed school-aged children. *J Affect Dis* 1991, **21** : 219-228
- GORIN V, MARCELLI D, INGRAND P. Angoisse de séparation : étude épidémiologique sur 1 206 enfants entre 2 et 7 ans. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1996, **44** : 411-422
- GOYETTE CH, CONNERS CK, ULRICH RF. Normative data on revised Conners parent and teacher rating scales. *J Clin Child Psychol* 1978, **6** : 221-236
- GRAZIANO AM, DE GIOVANNI IS. The clinical significance of childhood phobias : a note on the proportion of child-clinical referrals for the treatment of children's fears. *Behav Res Ther* 1979, **17** : 161-162
- GREEN BL, KOROL M, GRACE MC, VARY MG, LEONARD AC et coll. Children and disaster : age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 945-951
- HAGMAN E. A study of fears in children of preschool age. *J Exp Education* 1932, **1** : 110-130
- HAMILTON M. The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol* 1959, **32** : 50-55
- HAMPE E, NOBLE M, MILLER LC, BARRETT CL. Phobic children at two years post-treatment. *J Abnorm Psychol* 1973, **82** : 446-453
- HATCHER S. A case of doll phobia. *Br J Psychiatry* 1989, **155** : 255-257
- HAYWARD C, KILLEN JD, HAMMER LD, LITT IF, WILSON DM et coll. Pubertal stage and panic attack history in sixth-and seventh-grade girls. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 1239-1243
- HERJANIC B, REICH W. Development of a structured psychiatric interview for children : agreement between child and parent on individual symptoms. *J Abnorm Child Psychol* 1982, **10** : 307-324

- HERMAN S, STICKLER G, LUCAS A. Hyperventilation syndrome in children and adolescents : long-term follow up. *Pediatrics* 1981, **67** : 183-187
- HERSKOWITZ J. Neurologic presentations of panic disorder in childhood and adolescence. *Develop Med Child Neurol* 1986, **28** : 617-623
- HERSOV LA. School refusal : an overview. In : Why children reject school. CHILAND C, YOUNG JG, eds. Views from seven countries, Yale University Press, New Haven, 1990 : 16-41
- HERZOG DB, KELLER MB, SACKS NR, YEH CJ, LAVORI PW. Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexics and bulimics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 810-818
- HIGHTOWER AD, BRADEN J. Prevention. In : The Practice of child therapy. KRATOCHWILL TR, MORRIS RJ eds, Pergamon Press, New York, 1991 : 410-440
- HILL SY, STEINHAEUER SR, SMITH TR, LOCKE J. Risk markers for alcoholism in high density families. *J Subst Abuse* 1991, **3** : 351-369
- HIRSHFELD DR, BIEDERMAN J, BRODY L, FARAONE SV, ROSENBAUM JF. Associations between expressed emotion and child behavioral inhibition and psychopathology : a pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997a, **36** : 205-213
- HIRSHFELD DR, BIEDERMAN J, BRODY L, FARAONE SV, ROSENBAUM JF. Expressed emotion towards children with behavioral inhibition : association with maternal anxiety disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997b, **36** : 910-917
- HODGES K, KLINE J, STERN L, CYTRIN L, MAC KNEW D. The development of a child assessment interview for research and clinical use. *J Abnorm Child Psychol* 1982, **10** : 173-189
- HODGES WF. Interventions for children of divorce. John Wiley & Sons, New York, 1991
- HODGES K. Structured interviews for assessing children. *J Child Psychol Psychiatry* 1993, **34** : 49-68
- HOEHN-SARIC E, MAISAMI M, WEIGAND D. Measurement of anxiety in children and adolescents using semi-structured interviews. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987, **28** : 541-545
- INHELDER B, PIAGET J. De la logique de l'enfant à la logique de l'adolescent. PUF, Paris, 1955
- JACOBSEN PB, MANNE SL, GORFINKLE K, SCHORR O. Analysis of child and parent behavior during painful medical procedures. *Health Psychol* 1990, **9** : 559-576
- JAY SM, ELLIOTT CH, KATZ E, SIEGEL SE. Cognitive-behavioral and pharmacologic interventions for children's distress during painful medical procedures. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 860-865
- JAY SM, ELLIOTT CH, FITZGIBBONS I, WOODY P, SIEGEL SE. A comparative study of cognitive behavior therapy versus general anesthesia for painful medical procedures in children. *Pain* 1995, **62** : 3-9
- JOHNSTON LD, O'MALLEY PM. Why do the nation's students use drugs and alcohol ? Self-reported reasons from nine national surveys. *J Drug Issues* 1986, **16** : 29-66

- KAGAN J, REZNICK JS, SNIDMAN N. The physiology and psychology of behavioral inhibition in children. *Child Develop* 1987, **58** : 1459-1473
- KAGAN J. The concept of behavioral inhibition. In : Extreme fear, shyness, and social phobia. Origins, biological mechanisms, and clinical outcomes. SCHMIDT LA, SCHULKIN J eds, Oxford University Press, New York, 1999 : 3-13
- KANDEL DB, JOHNSON JG, BIRD HR, WEISSMAN MM, GOODMAN SH et coll. Psychiatric comorbidity among adolescents with substance use disorders : findings from the MECA study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 693-699
- KASHANI JH, ORVASCHEL H. A community study of anxiety in children and adolescents. *Am J Psychiatry* 1990, **147** : 313-318
- KASHANI JH, VAIDYA AF, SOLTYS SM, DANDOY AC, KATZ LM, REID JC. Correlates of anxiety in psychiatrically hospitalized children and their parents. *Am J Psychiatry* 1990, **147** : 319-323
- KASHANI JH, DEUSER W, REID JC. Aggression and anxiety : a new look at an old notion. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 218-223
- KEARNEY CA, ALBANO AM, EISEN AR, ALLAN WD, BARLOW DH. The phenomenology of panic disorder in youngsters : an empirical study of a clinical sample. *J Anxiety Dis* 1997, **11** : 49-62
- KENDALL PC. Treating anxiety disorders in children : results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol* 1994, **62** : 100-110
- KEPPEL-BENSON JM, OLLENDICK TH. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. In : Children and disasters. SAYLOR CF ed, Plenum Press, New York, 1993 : 29-43
- KHANTZIAN EJ. The self-medication hypothesis of addictive disorders : focus on heroin and cocaine dependence. *Am J Psychiatry* 1985, **142** : 1259-1264
- KLEIN DF. Delineation of two drug-responsive anxiety syndromes. *Psychopharmacologia* 1964, **5** : 397-408
- KOVACS M, GATSONIS C, PAULASKAS SL, RICHARDS C. Depressive disorders in childhood. IV. A longitudinal study of comorbidity with and risk for anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1989, **46** : 776-782
- KROHNE HW. Parental childrearing and anxiety development. In : Health hazards in adolescence. HURRELMANN K, LOSEL F eds, de Gruyter, New York, 1990 : 115-130
- KROHNE HW, HOCK M. Relationships between restrictive mother-child interactions and anxiety of the child. *Anxiety Res* 1991, **4** : 109-124
- KROHNE HW. Developmental conditions of anxiety and coping : a two process model of child-rearing effects. In : Advances in test anxiety research. HAGTVET KA ed, Lisse, Swets & Zeitlinger, 1992, **7** : 143-155
- LAESSLE RG, WITTCHEN HU, FICHTER MM, PIRKE KM. The significance of subgroups of bulimia and anorexia nervosa : lifetime frequency of psychiatric disorders. *Int J Eat Disord* 1989, **8** : 569-574
- LA FRENIERE PJ, CAPUANO F. Preventive intervention as means of clarifying direction effects in socialization : anxious-withdrawn preschoolers case. *Develop Psychopathol* 1997, **9** : 551-564

LA GRECA AM, DANDES SK, WICK P, SHAW K, STONE WL. Development of the social anxiety scale for children : reliability and concurrent validity. *J Clin Child Psychol* 1988, **17** : 84-91

LA GRECA AM, STONE WL. Social Anxiety scale for children-revised : factor structure and concurrent validity. *J Clin Child Psychol* 1993, **22** : 17-27

LAHEY BB, PELHAM WE, SCHAUGENCY EA, ATKINS MS, MURPHY HA et coll. Dimensions and types of attention deficit disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, **27** : 330-335

LAHEY BB, SCHAUGENCY EA, HYND GW, CARLSON CL, NIEVES N. Attention deficit disorder with and without hyperactivity : comparison of behavioral characteristics of clinic-referred children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987, **26** : 718-723

LAHEY BB, STRAUSS CC, FRAME CL. Are attention deficit disorders with and without hyperactivity similar or dissimilar disorders ? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1984, **23** : 302-309

LAMB ME, THOMPSON RA, GARDNER W, CHARNOV EL, ESTES D. Security of infantile attachment as assessed in the « strange situation » : its study and biological interpretation. *Behav Brain Sci* 1984, **7** : 127-171

LAPOUSE R, MONK MA. Fears and worries in a representative sample of children. *Am J Orthopsychiatry* 1959, **29** : 803-818

LAST CG, FRANCIS G, HERSEN M, KAZDIN AE, STRAUSS CC. Separation anxiety and school phobia : a comparison using DSM-III criteria. *Am J Psychiatry* 1987a, **144** : 653-657

LAST CG, HERSEN M, KAZDIN AE, FRANCIS G, GRUBB HJ. Psychiatric illness in the mothers of anxious children. *Am J Psychiatry* 1987b, **144** : 1580-1583

LAST CG, HERSEN M, KAZDIN AE, FINKELSTEIN R, STRAUSS CC. Comparison of DSM-III separation anxiety and overanxious disorders : demographic characteristics and patterns of comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987c, **26** : 527-531

LAST CG, FRANCIS G, STRAUSS CC. Assessing fears in anxiety disordered children with the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *J Clin Child Psychol* 1989, **18** : 137-141

LAST CG, STRAUSS CC. School refusal in anxiety-disordered children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, **29** : 31-35

LAST CG, HERSEN M, KAZDIN A, ORVASCHEL H, PERRIN S. Anxiety disorders in children and their families. *Arch Gen Psychiatry* 1991, **48** : 928-934

LAST CG, PERRIN S, HERSEN M, KAZDIN AE. DSM-III-R anxiety disorders in children : sociodemographic and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 1070-1076

LAST CG, PERRIN S, HERSEN M, KAZDIN AE. A prospective study of childhood anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, **35** : 1502-1510

LEBOYER M, LEPINE JP. L'anxiété est-elle héréditaire ? *Encéphale* 1988, **14** : 49-52

LESSE S. The relationship of anxiety to depression. *Am J Psychotherapy* 1982, **36** : 332-348

- LIVINGSTON R, NUGENT H, RADER L, SMITH GR. Family histories of depressed and severely anxious children. *Am J Psychiatry* 1985, **142** : 1497-1499
- LIVINGSTON R, TAYLOR JL, CRAWFORD SL. A study of somatic complaints and psychiatric diagnosis in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, **27** : 185-187
- MANNUZZA S, SCHNEIER FR, CHAPMAN TF, LIEBOWITZ MR, KLEIN DF, FYER AJ. Generalized social phobia : reliability and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1995, **52** : 230-237
- MARCH J. The stressor « a » criterion in DSM-IV post-traumatic stress disorder. In : Post-traumatic stress disorder. DSM-IV and beyond. DAVIDSON J, FOA E eds, American Psychiatric Association, Washington DC, 1992 : 37-56
- MARKER-ZITRIN C, ROSS DC. Early separation anxiety and adult agoraphobia. *J Nerv Ment Dis* 1988, **176** : 621-625
- MARKS IM. Genetics of fear and anxiety disorders. *Br J Psychiatry* 1986, **149** : 406-418
- MARKS I. Behavioural (non-chemical) addictions. *Br J Addict* 1990, **85** : 1389-1394
- MARTIN C, CABROL S, BOUVARD MP, LEPINE JP, MOUREN-SIMEONI MC. Anxiety and depressive disorders in fathers and mothers of anxious school-refusing children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 916-922
- MC DERMOTT F, CARTER J. Mental disorders : prevention and human services research. Australian Government Publishing Service, Canberra, 1995
- MC FARLANE AC. Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1987, **26** : 764-769
- MC GEE R, FEEHAN M, WILLIAMS S, PARTRIDGE F, SILVA PH, KELLY J. DSM-III disorders in a large sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1990, **29** : 611-619
- MC KNEW DH, CYTRIN L, EFRON AM, GERSHON ES, BUNNEY WE. Offspring of patients with affective disorders. *Br J Psychiatry* 1979, **134** : 148-152
- MC NALLY RJ. Choking phobia : a review of the literature. *Compr Psychiatry* 1994, **35** : 83-89
- MELAMED BG. Preparation for medical procedures. In : Handbook of pediatric psychology and psychiatry, Vol. 2 : Disease, injury, and illness. AMMERMAN RT, CAMPO JV eds, Allyn & Bacon Inc, Boston, 1998 : 16-30
- MILGROM P, VIGNEHSA H, WEINSTEIN P. Adolescent dental fear and control : prevalence and theoretical implications. *Behav Res Ther* 1992, **30** : 367-375
- MILLER LC, BARRETT CL, HAMPE E. Phobias of childhood in a prescientific era. In : Child personality and psychopathology : current topics. DAVIDS A ed, J. Wiley, New York, 1974 : 89-134
- MITCHELL S, ROSA P. Boyhood behavior problems as precursors of criminality : a fifteen-years follow-up study. *J Child Psychol Psychiatry* 1989, **22** : 19-33
- MOREAU D, WEISSMAN MM. Panic disorder in children and adolescents : a review. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 1306-1314
- MORRIS RJ, KRATOCHWILL TR. Childhood fears and phobias. In : The Practice of child therapy. KRATOCHWILL TR, MORRIS RJ eds, Pergamon Press, New York, 1991 : 76-114

- MOUREN-SIMEONI MC. Le syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant. *Ann Pediatr* 1993, **40** : 489-495
- MOUREN-SIMEONI MC. Actualités du syndrome de stress post-traumatique chez l'enfant. *Ann Med Psychol* 1994, **152** : 685-688
- MOUREN-SIMEONI MC, VILA G, VERA L. Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent. Paris, Maloine, 1993
- MOUREN-SIMEONI MC, VERA L, VILA G. L'angoisse de séparation : une nouvelle catégorie de troubles anxieux chez l'enfant ? *Ann Med Psychol* 1991, **149** : 755-766
- MRAZEK PJ, HAGGERTY RJ. Reducing the risks for mental disorders : frontiers for preventive intervention research. National Academy Press, Washington DC, 1994
- MUNOZ RF, MRAZEK PJ, HAGGERTY RJ. Institute of Medicine report on prevention of mental disorders : summary and commentary. *Am Psychol* 1996, **51** : 1116-1122
- NELLES WB, BARLOW DH. Do children panic ? *Clin Psychol Rev* 1988, **8** : 359-372
- OLIVIER N. Le mutisme sélectif : une revue critique de la littérature. *Ann Psychiatr* 2000, **15** : 162-167
- OLLENDICK TH. Fear reduction techniques with children. In : Progress in behavior modification. HERSEN M, EISLER RM, MILLER PM eds, Academic Press, New York, 1979, **8** : 127-168
- OLLENDICK TH. Reliability and validity of the Revised Fear Survey Schedule for Children (FSSC-R). *Behav Res Ther* 1983, **21** : 685-692
- OLLENDICK TH, MATSON JL, HELSEL WJ. Fears in children and adolescents : normative data. *Behav Res Ther* 1985, **4** : 465-467
- OLLENDICK TH, MATTIS SG, KING NJ. Panic in children and adolescents : a review. *J Child Psychol Psychiatry* 1994, **35** : 113-134
- OSBORN EI. Effects of participant modeling and desensitization on childhood warm water phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatr* 1986, **17** : 117-119
- PEDRO-CARROLL JL, COWEN EL. The children of divorce intervention project : an investigation of the efficacy of a school-based prevention program. *J Consult Clin Psychol* 1985, **53** : 603-611
- PEELE S. The Meaning of addiction. Compulsive experience and its interpretation. Lexington Books, Lexington, 1985
- PETERSON L, SHIGETOMI C. The use of coping techniques to minimize anxiety in hospitalized children. *Behav Ther* 1981, **12** : 1-14
- PFEFFERBAUM B. Posttraumatic stress disorder in children : a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 1503-1511
- PICHOT P, PULL CB, VON FRENCKELL R, PULL MC. Une analyse factorielle de l'échelle d'appréciation de l'anxiété de Hamilton. *Psychiatr Fennica (Int. Edn)* 1981, 183-189
- PLISZKA SR. Effects of anxiety on cognition, behavior and stimulant response in ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989, **28** : 882-887
- PUIG-ANTICH J, CHAMBERS W. The Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children (Kiddie-SADS). New York State Psychiatric Institute, New York, 1978

- PYNOOS R, NADER K, MARCH J. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *In* : Textbook of child and adolescent psychiatry. WEINER J ed, American Psychiatric Press, Washington DC, 1991 : 339-348
- QUAY HC, LOVE CT. The effect of a juvenile diversion program on recurests. *Crim Justice Behav* 1977, **4** : 377-396
- RAPEE RM, LITWIN E, BARLOW DH. Impact of life events on subjects with panic disorder and comparison subjects. *Am J Psychiatry* 1990, **147** : 640-644
- REEVE EA, BERNSTEIN GA, CHRISTENSON GA. Clinical characteristics and psychiatric comorbidity in children with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 132-138
- RENDE R, WICKRAMARATNE P, WARNER V, WEISSMAN MM. Sibling resemblance for psychiatric disorders in offspring at high and low risk for depression. *J Child Psychol Psychiatry* 1995, **36** : 1353-1363
- REYNOLDS CR, RICHMOND BO. What I Think and Feel : a revised measure of children's manifest anxiety. *J Abnorm Child Psychol* 1978, **6** : 271-280
- REYNOLDS CR, RICHMOND BO. Factor structure and construct validity of « What I Think and Feel » : the Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *J Personality Assess* 1979, **43** : 281-283
- ROBERTS N, VARGO B, FERGUSON HB. Measurement of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychiatr Clin N Am* 1989, **12** : 837-849
- ROSENBAUM JF, BIEDERMAN J, GERSTEN M, HIRSHFELD DR, MEMINGER SR et coll. Behavioral inhibition in children of parents with panic disorder and agoraphobia : a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1988, **45** : 463-470
- ROSENBAUM JF, BIEDERMAN J, BOLDOC EA, HIRSHFELD DR, FARAONE SV, KAGAN J. Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood onset anxiety in inhibited children. *Am J Psychiatry* 1992, **149** : 475-481
- ROSENBAUM JF, BIEDERMAN J, BOLDOC-MURPHY EA, FARAONE SV, CHALOFF J et coll. Behavioral inhibition in childhood : a risk factor for anxiety disorders. *Harvard Rev Psychiatry* 1993, **1** : 2-16
- SANDLER IN, RAMSAY TB. Dimensional analysis of children's stressful life events. *Am J Comm Psychol* 1980, **8** : 285-302
- SARASON S, DAVIDSON K, LIGHTHALL F, WAITE R, RUEBUSH B. Anxiety in elementary school children. Wiley, New York, 1960
- SCHEERINGA MS, ZEANA CH, DRELL MJ, LARRIEU J. Two approaches to the diagnosis of post-traumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995, **34** : 191-200
- SCHERER MW, NAKAMURA CY. A fear survey schedule for children (FSS-FC) : a factor analytic comparison with manifest anxiety (CMAS). *Behav Res Ther* 1968, **6** : 173-182
- SCHNEIER FR, JOHNSON J, HORNIG CD, LIEBOWITZ MR, WEISSMAN MM. Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. *Arch Gen Psychiatry* 1992, **49** : 282-288

SCHNEIER F, WELKOWITZ L. The Hidden Face of shyness : understanding and overcoming social anxiety. Avon Books, New York, 1996

SCHWAB-STONE M, FISHER P, PIACENTINI J, SHAFFER D, DAVIES M, BRIGGS M. The diagnostic interview schedule for children-revised version (DISC-R), II : test-retest reliability. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993, **32** : 651-657

SCHWAB-STONE M, FALLON T, BRIGGS M, CROWTHER B. Reliability of diagnostic reporting for children aged 6-11 years : a test-retest study of the diagnostic interview schedule for children-revised. *Am J Psychiatry* 1994, **151** : 1048-1054

SCHWARZ ED, PERRY BD. The posttraumatic response in children and adolescents. *Psychiatr Clin N Am* 1994, **17** : 311-326

SERVANT D, PARQUET PJ. Les Phobies sociales. Masson, Paris, 1997

SHANNON MP, LONIGAN CJ, FINCH AJ, TAYLOR CM. Children exposed to disaster I : epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994, **33** : 80-93

SILVERMAN WK, NELLES WB. The anxiety disorders interview schedule for children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, **27** : 772-778

SILVERMAN WK, CERNY JA, NELLES WB, BURKE A. Behavior problems in children of parents with anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, **27** : 779-784

SILVERMAN WK, EISEN AR. Age differences in the reliability of parent and child reports of child anxious symptomatology using a structured interview. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 117-124

SILVERMAN WK, RABIAN B. Specific phobia. In : International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. OLLENDICK TH, KING NJ, YULE W eds, Plenum Press, New York, 1994 : 87-109

SOUSSIGNAN R, KOCH P, MONTAGNER H. Behavioral and cardiovascular changes in children moving from kindergarten to primary school. *J Child Psychol Psychiatry* 1988, **29** : 321-333

SPENCE SH. Preventative strategies. In : International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. OLLENDICK TH, KING NJ, YULE W eds, Plenum Press, New York, 1994 : 453-474

SPIELBERGER CD, EDWARDS CD, LUSHENE RE. State-Trait Anxiety Inventory for Children. Consulting Psychologists Press, Palo Alto CA, 1973

STALLINGS P, MARCH JS. Assessment. In : Anxiety disorders in children and adolescents. MARCH JS ed, The Guilford Press, New York, 1995 : 125-147

STRAUSS CC, LEASE CA, LAST CG, FRANCIS G. Developmental differences between children and adolescents with overanxious disorder. *J Abnorm Child Psychol* 1988, **16** : 433-443

STRAUSS CC. Overanxious disorder. In : International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents. OLLENDICK TH, KING NJ, YULE W eds, Plenum Press, New York, 1994 : 187-206

SUGAR M. Children in a disaster : an overview. *Child Psychiatr Hum Develop* 1989, **19** : 163-179

- TERR LC. Psychic trauma in children : observations following the Chowchilla school-bus kidnapping. *Am J Psychiatry* 1981, **138** : 14-19
- TERR LC. Childhood traumas : an outline and overview. *Am J Psychiatry* 1991, **148** : 10-20
- THAPAR A, MC GUFFIN P. Are anxiety symptoms in childhood heritable ? *J Child Psychol Psychiatry* 1995, **36** : 439-447
- TICE DM, BUDER J, BAUMEISTER RF. Development of self-consciousness : at what age does audience pressure disrupt performance ? *Adolescence* 1985, **20** : 301-305
- TRAUGHBER B, CATALDO MF. Biobehavioral effects of pediatric hospitalization. In : *Pediatric and adolescent behavioral medicine : issues in treatment*. MC GRATH P, FIRESTONE P eds, Springer, New York, 1983 : 107-131
- TRYON GS. The measurement and treatment of test anxiety. *Rev Educational Res* 1980, **50** : 343-372
- TURNER SM, BEIDEL DC, COSTELLO A. Psychopathology in the offspring of anxiety disorders patients. *J Consult Clin Psychol* 1987, **55** : 229-235
- TURNER SM, BEIDEL DC, DANCU CV. An empirically derived inventory to measure social fears and anxiety : the Social Phobia and Anxiety Inventory. *J Consult Clin Psychol* 1989, **1** : 35-40
- VALLA JP, BERGERON L, SMOLLA N. The Dominic-R : a pictorial interview for 6-to 11-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 85-93
- VAN IJZENDOORN MH, KROONENBERG PM. Cross-cultural patterns of attachment : a meta-analysis of the strange situation. *Child Develop* 1988, **59** : 147-156
- VERA L, DUGAS M. Médiateurs cognitifs, anxiété anticipatoire et inhibition intellectuelle chez l'adolescent : une étude comportementale. Communication présentée au 11^{ème} Congrès international de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, 1986
- VERA L. Anxiété et performances. Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant. *ANAE* 1992, **2** : 86-89
- VERA L, NOLLET C. Estime de soi et psychopathologie. Communication présentée à la Journée annuelle de l'association pour la recherche en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, 1992
- VERA L. Échelle comportementale d'anxiété phobique (ECAP) : construction, validation et intérêt en clinique enfant-adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1996, **44** : 429-438
- VERMEERSCH S, FOMBONNE E. Le Child Behavior Checklist : résultats préliminaires de la standardisation de la version française. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 1997, **45** : 615-620
- VILA G, MOUREN-SIMEONI MC. Angoisse de séparation développementale. *Devenir* 1992, **4** : 119-134
- VILA G, PORCHE LM, MOUREN-SIMEONI MC. L'Enfant victime d'agression. État de stress post-traumatique chez l'enfant et l'adolescent. Masson, Paris, 1999
- VON KORFF MR, EATON WW, KEYL PM. The epidemiology of panic attacks and panic disorder : results of three community surveys. *Am J Epidemiol* 1985, **122** : 970-981

WALKER JL, LAHEY BB, RUSSO MF, FRICK PJ, CHRIST MAG et coll. Anxiety, inhibition, social impairment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 187-191

WARREN SL, HUSTON L, EGELAND B, SROUFE LA. Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 637-644

WEINSTEIN P. Breaking the worldwide cycle of pain, fear and avoidance : uncovering risk factors and promoting prevention for children. *Ann Behav Med* 1990, **12** : 141-147

WEISSMAN MM, LECKMAN JF, MERIKANGAS KR, GAMMON GD, PRUSOFF BA. Depression and anxiety disorders in parents and children. Results from the Yale Family Study. *Arch Gen Psychiatry* 1984, **41** : 845-852

WEISSMAN MM, KLERMAN GL, MARKOWITZ JS, QUELETTE R. Suicidal ideation and suicide attempts in panic disorders and attacks. *N Engl J Med* 1989, **321** : 1209-1214

WELLER EB, WELLER RA, FRISTAD MA, ROONEY MT, SCHECTER J. Children's Interview for Psychiatric Syndromes (ChIPS). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000, **39** : 76-84

WERRY JS. Overanxious disorder : a review of its taxonomic properties. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1991, **30** : 533-544

WESTENBERG PM, SIEBELINK BM, WARMENHOVEN NJC, TREFFERS PDA. Separation anxiety and overanxious disorders : relations to age and level of psychosocial maturity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999, **38** : 1000-1007

WILENS TE, BIEDERMAN J, ABRANTES AM, SPENCER TJ. Clinical characteristics of psychiatrically referred adolescent outpatients with substance use disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997, **36** : 941-947

WILLIAMS PD, HANSON S, KARLIN R, RIDDER L, LIEBERGEN A et coll. Outcomes of a nursing intervention for siblings of chronically ill children : a pilot study. *J Soc Pediatr Nursing* 1997, **2** : 127-137

WINETT RA. Prevention : a proactive developmental-ecological perspective. In : *Handbook of child psychopathology*. OLLENDICK TH, HERSEN M eds, Plenum Press, New York, 1998 : 637-671

WOODRUFF RA, MURPHY GE, HERJANIC M. The natural history of affective disorders. I. Symptoms of 72 patients at the time of index hospital admission. *J Psychiatr Res* 1967, **5** : 255-263

YERAGANI VK, MEIRI PC, BALON R, PATEL H, POHL R. History of separation anxiety in patients with panic disorder and depression and normal controls. *Acta Psychiatr Scand* 1989, **79** : 550-556

YULE W, WILLIAMS R. Post-traumatic stress reactions in children. *J Trauma Stress* 1990, **3** : 279-295

YULE W. Posttraumatic stress disorder. In : *International handbook of phobic and anxiety disorders in children and adolescents*. OLLENDICK TH, KING NJ, YULE W eds, Plenum Press, New York, 1994 : 223-240

ZUBRICK SR, SILBURN SR, TEOH HJ, CARLTON J, SHEPHERD C, LAWRENCE D. Western Australian child health survey : education, health and competency. Australian Bureau of Statistics-catalogue 4305.5, Perth WA, 1997