



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 17

Psychiatrie de l'enfant et de
l'adolescent

Troubles anxieux et troubles liés aux
stresseurs et aux traumatismes chez
l'enfant et l'adolescent

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de A.REVET présenté le 26/03/2024.

Troubles anxieux et troubles liés aux stressseurs et aux traumatismes chez l'enfant et l'adolescent

Les informations données à l'oral sont notées en italique

I. Troubles anxieux

a. Introduction

1) Définition

Peur vient du latin Pavor = « effroi, épouvante, crainte ». C'est un phénomène psychologique à caractère affectif marqué, qui accompagne la prise de conscience d'un danger réel ou imaginé, d'une menace.

Angoisse vient de Angustia = « étroitesse, lieu resserré ». C'est une réaction de détresse, une forte émotion devant un danger indéterminé ou peu déterminé, mais ressenti comme imminent, imparable et mettant la vie en question. Elle est accompagnée de divers phénomènes somatiques (sensation d'étouffement, accélération du pouls, sueur, etc.)

Anxiété vient d'Anxietas = « disposition naturelle à l'inquiétude ». C'est une réaction seulement psychologique et d'un degré plus faible.

L'angoisse « parle dans le corps ». Un sujet qui a une crise d'angoisse ressent des maux de ventre, des sensations de vertiges... Pour parler d'angoisse il faut des manifestations somatiques. L'anxiété est seulement psychologique et d'intensité plus faible de que l'angoisse.

2) Les peurs développementales

Elles font parties du développement normal du sujet.

- 8 mois : Réaction devant le visage de l'étranger et angoisse de séparation
- 18 mois – 2 ans : Peur du noir
- 3 – 4 ans : Peur des grands animaux qui mordent
- 4 – 5 ans, période de latence : Peur des petits animaux
- Période de latence : Peur des êtres surnaturels type fantômes, ogres
- 7 – 8 ans : Peur de la mort

Dans le trouble du spectre autistique, les peurs sont différentes de celles cités au-dessus (par exemple : peur d'un bruit de faible intensité). La période de latence est aussi appelée période de raison.

Le rôle de l'adulte est important dans le franchissement et l'intégration des peurs comportementales. Des produits du folklore peuvent jouer dans les peurs développementales : Pinocchio, montres & Cie...

Peur normales	Anxiété pathologique
<ul style="list-style-type: none">- Passagères, transitoires- Liées à des préoccupations classiques de l'âge développemental- Pas de souffrance associée : Il peut faire des petits cauchemars mais il n'y a pas de changements de comportements, pas d'évitement- Résolution spontanée	<ul style="list-style-type: none">- Longue, persistante- Intense- Source de souffrance- Evitement de certaines situations- Non spontanément résolutive- Nécessite une intervention

Exemple : Une fille a depuis longtemps une peur des chiens. Un jour la tente vient voir le psychiatre et elle explique que cette petite fille se met à être très envahie par cette peur au point que la mère doit changer d'itinéraire pour aller à l'école. La peur développementale devient alors de l'anxiété pathologique. Le psychiatre questionne alors sur les facteurs traumatiques et la mère confie que le grand-père maternel a un cancer grave et il a une chimiothérapie à

réaliser. La famille ne souhaite pas décrire la situation à la petite fille. Cette focalisation d'angoisse autour des chiens s'est intensifié lorsque le grand-père est devenu malade et lorsque la petite fille ne le voyait plus.

L'approche pathologiques est donc à comprendre dans l'environnement : le psychiatre conseil alors de mettre des mots sur la maladie du grand-père pour traiter la peur des chiens. Cela s'est révélé efficace sur l'anxiété pathologique : ils n'ont plus eu besoin de faire des détours sur le chemin de l'école.

b. Epidémiologie

La prévalence globale du trouble anxieux est estimée entre 8% et 30%. C'est le groupe d'entités cliniques le plus fréquemment rencontré chez les jeunes, et celui dont l'apparition est la plus précoce.

Ils sont plus fréquents chez les filles que chez les garçons : cette prédominance s'accroît à l'adolescence (sex ratio de 2/1 à 3/1).

Les troubles internalisés ou émotionnels (troubles anxieux par exemple) sont plus fréquents chez les filles.

Les troubles externalisés (qui se manifestent par des symptômes comportementaux : TDAH, trouble des conduites) sont plus fréquents chez les garçons.

De nombreux jeunes ne sont jamais diagnostiqués et, par conséquent, ne reçoivent aucun traitement...

1) Facteurs de risque

Il y a 2 types de facteurs de risque :

- La transmission familiale
 - o Notion de tempérament et de troubles internalisés
 - o En interaction avec l'environnement (événements de vie) : caractère et personnalité
- Facteurs de risque
 - o Abus physique et sexuels
 - o Perte d'un parent
 - o Exposition précoce à des événements de vie stressants
 - o Attachement insécuré
 - o Surprotection parentale
 - o Comportements parentaux d'hypercontrôle

L'un des objectifs de la TCC (Thérapies Cognitivo-Comportementales) est de montrer que les peurs sont surmontables. Des parents surprotecteurs ne mettent pas en confrontation l'enfant et il ne peut donc pas se confronter à ses peurs.

2) Comorbidités, complications et évolution

Troubles anxieux rarement isolés et complications fréquentes

- Autres troubles anxieux
- Anxiété de séparation/TAG/Anxiété sociale
- Dépression (épuisement)
- Addictions
- TOP, TDAH

Évolution

- Risque de rechutes, récurrences et chronicisation
- Impact sur le devenir scolaire et professionnel
- Réponse aux TCC : facteur pronostic

c. Notions cliniques générales et principales entités nosographiques

1) Généralités cliniques

Le noyau des troubles anxieux est l'anticipation d'une menace et évitement. Il y a un comportement d'évitement de situations, des lieux ou des stimuli spécifiques mais il existe aussi des formes plus subtiles d'évitement (hésitation, incertitude, retrait, rituels).

Il existe des syndrome physique, mental, comportemental avec des crises d'angoisses et de l'anxiété chronique (souvent associées). L'expression de la peur est le plus souvent comportementale chez l'enfant : Pleurs, cris, colère, sidération, agrippements.

Les symptômes associés sont :

- Les plaintes somatiques signant une hypervigilance
 - o Céphalées
 - o Douleurs abdominales
 - o Nausées et vomissements
 - o Diarrhées
 - o Tensions musculaires
- Troubles du sommeil

2) Anxiété de séparation

L'anxiété de séparation est inhérente au développement du jeune enfant et elle diminue vers 2-3 ans.

L'anxiété de séparation est le trouble anxieux le plus fréquent chez l'enfant (3 à 5%)

Les caractéristiques cliniques :

- Anxiété inappropriée au stade de développement
- Séparation d'avec la maison ou les figures d'attachement
- Durée d'au moins 4 semaines
- Détresse excessive et récurrente dans les situations de séparation (ou anticipation)
- Peur qu'un malheur touchant l'enfant ou les parents ne rende la situation définitive
- Refus d'aller à l'école, de rester seul, de dormir seul ou en dehors du domicile
- Cauchemars à thèmes de séparation
- Plaintes somatiques lors de la séparation

Phobie scolaire possible (mais trouble complexe)

3) Trouble phobique (phobie spécifique)

Les troubles phobiques représentent 3-4% des consultations en pédopsychiatrie. C'est une peur intense, permanente et irrationnelle d'un objet ou d'une situation spécifique, menant à l'évitement de cet objet ou situation. Chez l'enfant, cette peur s'exprime par :

- Pleurs
- Crises de colère
- Impression d'être paralysé
- Réactions neurovégétatives intenses
- Agrippement à un adulte

La durée du trouble est d'au moins 6 mois et il entraîne une souffrance marquée ou des répercussions importantes sur le fonctionnement du jeune.

Principaux types :

- Animaux : Chiens, souris, insectes, pigeons
- Environnements naturels : Orage, hauteur, eau
- Sang, injections
- Situationnel : Ascenseurs, transports publics
- À connaître : phobie de déglutition (après fausse route)

4) Anxiété sociale (phobie sociale)

L'anxiété sociale est l'un des troubles anxieux les plus fréquents. Elle débute le plus souvent à la fin de l'enfance ou au cours de l'adolescence. Elle est définie par une peur persistante (> 6 mois) et intense d'une ou plusieurs situations sociales (ou de performance) durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers ou peut être exposés à l'observation attentive d'autrui.

Dans cette anxiété, il y a une crainte du jugement des autres, d'agir de manière embarrassante (nature des tâches redoutées fonction de l'âge développemental) : Ereutophobie

Il y a une timidité excessive, isolement, comportements de refus ou d'opposition et on remarque un impact développement et un appauvrissement de la vie sociale.

5) Attaque de panique

La survenue est brutale, très intense (intensité maximale en moins de 10 minutes)

Les symptômes :

- Symptômes psychiques
 - o Peur de devenir fou
 - o Peur de mourir
 - o Dépersonnalisation/Déréalisation (*sensation de perte de réalité par rapport à l'environnement*)
- Symptômes physiques/somatiques
 - o Palpitations
 - o Sueurs, malaise généralisé
 - o Dyspnée
 - o Douleurs abdominales, nausées
 - o Sensation de gorges serrées
- Symptômes comportementaux : risque de raptus anxieux (auto ou hétéro-agressivité)

La durée est brève (quelques minutes à quelques heures)

6) Trouble panique +/- agoraphobie

C'est la répétition de l'attaque de panique.

Les troubles paniques sont rares durant l'enfance : prévalence entre 2 et 4% à l'adolescence.

C'est la récurrence d'attaques de panique inattendues associée à une préoccupation constante qu'une autre attaque puisse se produire (anxiété anticipatoire). Selon le DSM-5, il y a un trouble panique si il y a 4 attaques en 4 semaines ou 1 attaque suivie d'une anticipation anxieuse pendant au moins 1 mois. Il existe également des répercussions sur le fonctionnement.

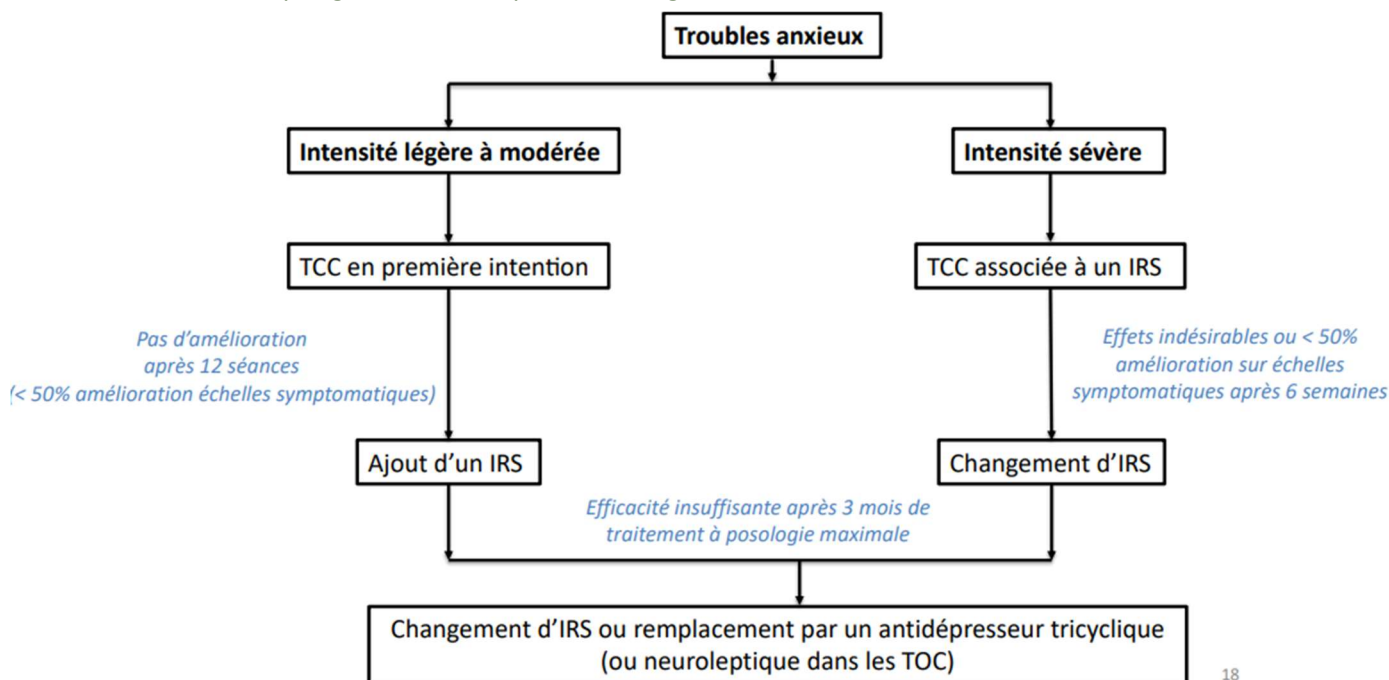
L'agoraphobie est une crainte des situations dans lesquelles la personne a peur de ne pas pouvoir s'échapper ou obtenir de l'aide en cas de besoin. *C'est autant une crainte de se dire qu'on ne peut pas sortir d'une foule lors d'un*

match mais également de se dire que si on va à un endroit où il n'y a personne, si on fait une attaque de panique il n'y aura personne pour nous aider.

7) Trouble anxieux généralisé

Caractéristiques cliniques	Education thérapeutique
<p>Inquiétudes permanentes et durables (> 6 mois) difficilement contrôlables et dirigées sur au moins 2 thèmes différents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Intolérance à l'incertitude - Anxiété flottante, à propos « de tout » - Sources d'inquiétude les plus fréquentes : Performance scolaire, ponctualité, survenue de catastrophes... <p>Symptômes physiques + perturbations des fonctions instinctuelles (sommeil, appétit): insomnie souvent au premier plan</p> <p>Intolérance à l'incertitude</p>	<p>Explication sur les symptômes, réassurance et information sur le trouble</p> <p>Règles hygiéno-diététiques simples à mettre en place sur la durée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arrêt des excitants (café, tabac, alcool, autres substances psychoactives) - Bon équilibre alimentaire - RHD de sommeil - Activité physique régulière - Techniques de relaxation (respiration abdominale) - Information sur les risques liés à l'usage des médicaments anxiolytiques

d. Principes généraux de la prise en charge



IRS = Inhibiteur de la Recapture de Sérotonine

➔ PEC : TCC +/- Antidépresseur

II. Troubles liés aux stressseurs et aux traumatismes

a. Définitions

Événement traumatique selon le DSM-5 A :

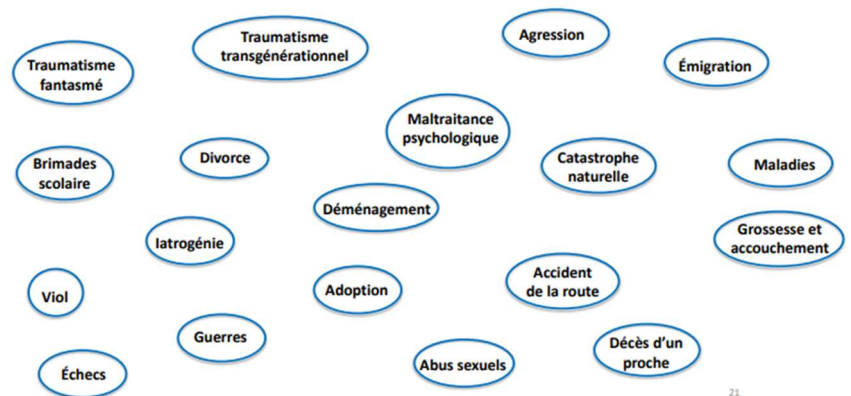
C'est une exposition, réelle ou sous forme de menaces, à la mort, à des blessures graves ou à des violences sexuelles, d'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

1. Expérience directe de l'événement ou des événements traumatiques.
2. Témoin, en personne, de l'événement ou des événements tels qu'ils se sont produits pour d'autres.
3. Apprendre que le ou les événements traumatiques ont touché un membre de la famille proche ou un ami proche. Dans le cas d'un décès réel ou d'une menace de décès d'un membre de la famille ou d'un ami, le(s) l'événement ou les événements doivent avoir été violents ou accidentels.
4. Exposition répétée ou extrême à des détails aversifs de l'événement traumatique (p. ex. traumatique(s) (par exemple, les premiers intervenants recueillant des restes humains : les officiers de police exposés de manière répétée à des détails d'abus sur des enfants).

Remarque : le critère A4 ne s'applique pas à l'exposition par le biais de médias électroniques, de la télévision, de films ou d'images, sauf si cette exposition est liée au travail.

Dans la « vraie » vie il y a une extension potentielle du domaine du traumatisme car des tas de situation sont traumatisantes. Toute la difficulté est de différencier ce qui relève du stress et du traumatisme.

Certains auteurs disent qu'il faut se baser uniquement sur les critères du DSM-V et d'autres disent qu'il faut élargir les tableaux psychotraumatiques.



Retenir qu'il existe de nombreuses situations stressantes et potentiellement traumatiques

b. Clinique du psychotraumatisme chez l'enfant et l'adolescent

Réactions péritraumatiques

- **Détresse péritraumatique**
 - Peur, impuissance, horreur
- **Dissociation péritraumatique**
 - Altérations expérience temps, lieu et personnes

TSA et TSPT

- **Durée (3 jours à 1 mois)**
- **Relation non linéaire**

Triade clinique

1. **Symptômes de répétition**
2. **Manifestations d'évitement**
3. **Hyperactivité neurovégétative**

Spectre des réactions au traumatisme chez l'enfant et l'adolescent

- **Approche développementale et prise en compte de l'entourage familial**
 - Ex. : dessins répétitifs de la scène traumatique ou jeux compulsifs centrés sur le trauma
- **Réactions très diverses**
 - Perturbations minimales de la vie de l'enfant à des tableaux cliniques très sévères interférant avec son développement
- **Symptômes souvent aspécifiques**
 - Régression, troubles fonctionnels, troubles comportementaux ou attentionnels
- **Souvent trouble différent du TSA et du TSPT**
 - EDC, trouble anxieux, trouble addictif

Les dissociations péritraumatiques sont des leviers du cerveau pour mettre à distance l'événement : exemple l'impression de ne plus être soi-même et d'être détaché de son corps.

TSA = Trouble de Stress Aigu

TSPT : Trouble de Stress Post-traumatique

c. Principes généraux de la prise en charge *Diapo23 passée*

Données de la littérature :

“Trauma-Focused CBT interventions are recommended by National Institute for Health and Care Excellence (2018) as the first-line treatment for persistent PTSD in children and young people. These interventions include:

- Trauma-Focused CBT (TF-CBT)
- Prolonged Exposure for PTSD (PE)
- Cognitive Therapy for PTSD (CT-PTSD)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is recommended by National Institute for Health and Care Excellence (2018) as a treatment option if young people do not engage in, or do not respond to, Trauma-Focused CBT

Medication is not recommended for the prevention or treatment of PTSD in children and young people”

En résumé :

- 1) TCC
- 2) EMDR : Le praticien effectue des mouvements de balancier des yeux et des tapotements sur le corps en même temps que la réexposition traumatique → Efficacité clinique prouvée.
- 3) Autres approches possibles mais pas de médicaments psychotropes

III. Conclusion générale

Troubles anxieux :

- Distinguer peurs développementales et anxiété pathologique
- Trouble/psychopathologie la plus fréquente en pédopsychiatrie (entre 6 et 18 ans)
- Ne pas les minimiser : Gravité potentielle, complications et comorbidités, persistance et conséquences à l'âge adulte
- Traitements efficaces (TCC +/- antidépresseurs)

Troubles et liés aux stressseurs et au traumatisme :

- Impact global et développemental
- Clinique
 - o Triade clinique du psychotraumatisme : Symptômes de répétition, manifestations d'évitement, hyperactivité neurovégétative
 - o Processus non linéaire et développemental
- Prise en charge
 - o Multiples approches thérapeutiques
 - o Aucune preuve solide que les interventions précoces réduisent les symptômes ou préviennent l'apparition du TSPT
 - o TF-CBT, EMDR, autres thérapies
 - o Pas de médicaments spécifiques

IV. QCMs

La prévalence globale des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent est estimée entre :

- A. 1 et 2%
- B. 5 et 10%
- C. 8% et 30%
- D. 40 et 60%
- E. > 70%

Réponse : C

Quel élément sémiologique fait partie de la triade clinique du psychotraumatisme ?

- A. Hyperactivité neurovégétative.
- B. Hallucinations acoustico-verbales.
- C. Obsessions idéatives.
- D. Ralentissement psychomoteur.
- E. Stéréotypies motrices

Réponse : A