

Dépistage et évaluation de l'anxiété et de la dépression pendant la petite enfance

Nicholas D. Mian, M.A., Alice S. Carter, Ph.D.

University of Massachusetts Boston, Department of Psychology, États-Unis

Mars 2013

Introduction

Les troubles anxieux sont caractérisés par une montée émotionnelle associée à une peur, une inquiétude ou une nervosité disproportionnée par rapport à la situation vécue. Des peurs importantes chez les enfants d'âge préscolaire ont été signalées dans la littérature dès les années 1920,¹ mais ce n'est que récemment qu'il a été largement admis que les troubles anxieux pendant la petite enfance nuisent au fonctionnement et méritent un traitement spécialisé. L'anxiété chez les jeunes enfants se manifeste souvent par une attitude craintive, une défiance ou des crises de larmes lors de situations stressantes (par ex., se séparer d'un parent). Le diagnostic de dépression pendant la petite enfance reste controversé, mais les symptômes observés chez des enfants plus âgés, dont la tristesse, les problèmes de poids, d'appétit et de sommeil, le manque d'énergie et la faible estime de soi peuvent indiquer la présence d'un syndrome distinctif chez les jeunes enfants.² Pour rencontrer les critères diagnostiques d'un trouble, les symptômes observés doivent être suffisamment sévères pour perturber le fonctionnement normal. La plupart des jeunes enfants qui présentent des symptômes dépressifs

ne rencontrent donc pas les critères diagnostiques formels énoncés dans le *DSM-IV*, mais les experts conviennent que les enfants peuvent présenter les symptômes de base de la dépression dès l'âge de trois ans.²

Dans la recherche en psychopathologie, l'évaluation vise à approfondir notre compréhension de la présentation, de la trajectoire, des facteurs de risque et des traitements d'un trouble. L'évaluation en contexte clinique réfère à la cueillette de données cliniques et/ou de dépistage qui permettent de poser un jugement diagnostique sur un enfant particulier et de proposer des interventions personnalisées pour optimiser son fonctionnement social, académique et familial. La clé d'une évaluation valide et fidèle est l'emploi d'une combinaison de plusieurs méthodes d'évaluation et de plusieurs sources de données, notamment les observations cliniques répétées, l'entrevue diagnostique, l'histoire développementale et les listes de contrôle des symptômes (« checklists ») standardisées et exhaustives.³

Sujet

Peu d'études ont examiné de près la prévalence des troubles psychiatriques chez les enfants d'âge préscolaire. La recherche provenant des États-Unis rapporte que la prévalence des troubles anxieux pourrait atteindre 9 % et que celle de la dépression serait de 2 % chez ces enfants.⁴ Une étude récente menée en Scandinavie a aussi relevé que 2 % des enfants souffrent de dépression, mais le taux de troubles anxieux rapporté dans cette étude est beaucoup plus faible (1,5 %).⁵ Bien que la plupart des peurs et des moments de tristesse passagers vécus pendant l'enfance soient considérés normaux, certains enfants souffrent de problèmes affectifs qui entraînent une détresse importante et une perturbation du fonctionnement. Ces problèmes limitent le développement d'habiletés sociales et pré-académiques souhaitables et/ou la participation à des activités normalement populaires à leur âge. L'évaluation est nécessaire pour comprendre la phénoménologie des symptômes affectifs et identifier les jeunes enfants qui ont besoin d'aide, ce qui est primordial pour pouvoir les référer à des services appropriés.

Problèmes

Il peut être difficile pour les chercheurs de distinguer les variations tempéramentales (c.-à-d., les différences individuelles stables en matière de réactivité et d'autorégulation) des symptômes de psychopathologie. De plus, il existe des incohérences dans la littérature à savoir si les symptômes d'anxiété et de dépression doivent être regroupés dans une seule même

présentation clinique (les « trouble d'internalisation ») ou s'ils doivent plutôt être considérés comme deux présentations cliniques distinctes.^{6,7} Des problèmes similaires de classification des symptômes se reflètent dans le manque de consensus à l'égard d'une conceptualisation catégorielle ou plutôt dimensionnelle des troubles affectifs.⁸ Les critères diagnostiques du DSM-IV-TR⁹ sont souvent inadaptés aux jeunes enfants et ils ne tiennent pas compte d'aspects qui sont pertinents à leur âge (par ex., les perturbations dans la routine familiale), ce qui rend difficile l'application de méthodes de recherche psychiatriques. Malgré des progrès importants dans l'évaluation, le dépistage et le traitement des troubles affectifs de la petite enfance,¹⁰⁻¹² les taux d'inscription aux services de santé mentale et de participation aux programmes de prévention restent faibles, particulièrement chez les enfants de minorités ethniques et ceux qui vivent dans la pauvreté.¹³⁻¹⁶

Contexte de la recherche

Plusieurs mesures d'évaluation auto-rapportées largement utilisées, qui prennent la forme de listes de contrôle pour les parents (par ex., Child Behavior Checklist,¹⁷ Infant-Toddler Social and Emotional Assessment,¹⁸ Behavior Assessment System for Children¹⁹) couvrent une large gamme de difficultés, dont les problèmes d'internalisation et d'externalisation et d'autres comportements problématiques pendant la petite enfance. Il existe aussi d'autres méthodes d'évaluation, comme l'observation en laboratoire et le Preschool Age Psychiatric Assessment,²⁰ une entrevue diagnostique structurée menée auprès des parents. Comme les jeunes enfants sont souvent incapables de décrire leurs propres expériences affectives par des méthodes traditionnelles, l'entrevue Berkeley Puppet Interview, menée auprès des enfants d'âge préscolaire, met en action des pantins sympathiques pour aider les enfants à décrire leurs symptômes,²¹ tandis qu'un nouvel outil d'évaluation, le Picture Anxiety Test, propose des images pour les aider à exprimer leur anxiété.²²

Pour approfondir l'évaluation des troubles affectifs chez les jeunes enfants, il faut faire une distinction conceptuelle entre les traits du tempérament et les symptômes d'internalisation. Par exemple, l'inhibition comportementale (une timidité importante dans les situations nouvelles et sociales²³) a longtemps été considérée comme un trait tempéramental commun qui accroît le risque de développer un trouble anxieux ultérieurement pendant l'enfance,²⁴ mais, chez certains enfants, elle peut signaler l'apparition précoce d'un trouble.^{10,25} Malheureusement, la plupart des outils d'évaluation ne tiennent pas compte des déficiences de l'enfant ou de la famille, qui peuvent faciliter la distinction entre un trait du tempérament et un symptôme

psychopathologique.

Les résultats de recherche montrent que les symptômes d'anxiété et de dépression sont corrélés mais qu'ils représentent deux conditions distinctes,²⁶ bien qu'ils soient rarement étudiés séparément chez les jeunes enfants. Les symptômes affectifs témoignent de processus et de mécanismes biologiques, mais il n'existe actuellement aucun « test » biologique pour les dépister. Certains outils d'évaluation psychophysologiques (réflexe psychogalvanique, fréquence cardiaque, respiration, dilatation des pupilles, mesure du cortisol ou hormone du stress) peuvent permettre d'identifier des patrons d'excitation du système nerveux autonome liés à l'anxiété, mais un diagnostic clinique requiert toujours une entrevue diagnostique pendant laquelle on évalue le moment d'apparition, la durée et la sévérité des symptômes ainsi que les perturbations qui y sont associées. Finalement, les symptômes affectifs ont tendance à rester relativement stables tout au long de l'enfance s'ils ne sont pas traités.^{27,28}

Questions clés de la recherche

1. Comment les méthodes d'évaluation peuvent-elles être améliorées pour minimiser la dépendance envers les rapports des parents, tout en exigeant peu de main-d'œuvre?
2. Comment les outils d'évaluation peuvent-ils permettre de faire la distinction entre les traits du tempérament et des symptômes affectifs cliniquement significatifs?
3. Quels critères devrait-on utiliser pour diagnostiquer les troubles anxieux et dépressifs chez les jeunes enfants? Serait-il avantageux d'utiliser plutôt une approche dimensionnelle?
4. Comment la sensibilisation et le dépistage peuvent-ils être améliorés pour accroître la participation aux efforts de prévention et d'intervention précoces?

Résultats récents de la recherche

Les méthodes d'évaluation des troubles affectifs chez les jeunes enfants et l'adaptation des critères diagnostiques de ces troubles à leur stade de développement ont fait l'objet de progrès importants.²⁹⁻³¹ Une différenciation entre les symptômes de différents troubles anxieux (par ex., anxiété de séparation, anxiété généralisée) a été mise en lumière dès l'âge de deux ans.⁶ Un nouvel outil d'évaluation pour les enfants de trois à cinq ans, l'Échelle révisée d'anxiété à l'âge préscolaire (Preschool Anxiety Scale – Revised), tient compte de ces différentes dimensions des symptômes d'anxiété.³² De plus, on a établi qu'un construit cognitif, le biais attentionnel envers la

menace, pourrait être un candidat potentiel dans l'évaluation du risque d'apparition d'un trouble anxieux.³³

Du côté de la dépression, des résultats récents soulignent la validité des diagnostics préscolaires et offrent des cibles d'évaluation potentielles. Par exemple, l'*imagerie par résonance magnétique fonctionnelle (IRMf)* a permis de démontrer que les enfants ayant des antécédents de dépression à l'âge préscolaire présentent des patrons distinctifs d'activation cérébrale, similaires à ceux d'adultes souffrant de dépression.³⁴ D'autres recherches montrent que les critères de dépression du DSM-IV ne rendent pas compte adéquatement de la trajectoire de ce trouble chez les enfants d'âge préscolaire.³⁵ En parallèle à la reconnaissance croissante dont la dépression à l'âge préscolaire a fait l'objet, les travaux de recherche suggèrent également que les jeunes enfants peuvent souffrir d'un trouble de stress post-traumatique, détectable par des critères diagnostiques adaptés à leur âge.³⁶

Lacunes de la recherche

Plus de recherches seront nécessaires pour comprendre pleinement la phénoménologie et la présentation diagnostique des troubles affectifs chez les jeunes enfants. Ceci est particulièrement vrai pour la dépression, qu'il est souvent difficile de distinguer des troubles comportementaux puisque ces deux présentations sont caractérisées, chez les enfants, par une irritabilité et une réactivité accrues. Plus de recherches seront nécessaires pour améliorer l'intégration des données recueillies par les différentes méthodes d'évaluation, notamment l'observation, les entrevues cliniques, les auto-rapports de l'enfant et les mesures des déficiences de l'enfant et de la famille. Il sera aussi nécessaire d'identifier des moyens efficaces de distinguer les traits du tempérament des symptômes affectifs cliniquement significatifs. Finalement, il faudra identifier les meilleures pratiques pour accroître la sensibilisation à l'égard des perturbations émotionnelles cliniquement significatives chez les jeunes enfants, pour que les parents, les pédiatres et les éducateurs s'engagent davantage dans les efforts de dépistage, de prévention et d'intervention précoces liés à ces troubles.

Conclusion

Des progrès récents dans les méthodes d'évaluation ont permis de montrer clairement que les jeunes enfants peuvent souffrir de troubles affectifs sérieux. Ces troubles, qui entraînent une grande détresse et nuisent aux jeunes enfants et à leur famille, ont une présentation similaire à

celle observée chez les enfants plus âgés. Les progrès effectués ont mené à des méthodes d'évaluation améliorées (c.-à-d., des entrevues diagnostiques, des systèmes d'observation, des mesures auto-rapportées par l'enfant, des tests psychophysiologiques) qui réduisent la dépendance exclusive envers les rapports des parents et améliorent la validité et la fidélité des diagnostics. Des méthodes pour améliorer la validité des critères diagnostiques des troubles affectifs selon le stade développemental du patient ont aussi été proposées. Alors que ces avancées témoignent d'un progrès considérable, d'autres recherches seront nécessaires. Il n'existe toujours pas de consensus quant aux frontières entre les variations tempéramentales dans la réactivité émotionnelle et la psychopathologie affective, ni quant aux moyens de distinguer ces construits. Malgré leur disponibilité, les outils de dépistage pour l'identification des jeunes enfants à risque de développer un trouble affectif sont sous-utilisés, en partie à cause de la sensibilisation limitée des pédiatres, parents et éducateurs à l'égard de cette problématique. Même lorsque ces troubles sont dépistés, les taux de recours aux services cliniques et de participation aux efforts de prévention restent faibles.

Implications pour les parents, les services et les politiques

Le manque de sensibilisation quant à l'importance du dépistage et du traitement des perturbations émotionnelles chez les jeunes enfants est l'un des plus grands défis auxquels font face l'évaluation et le dépistage des problèmes affectifs pendant la petite enfance. Ce problème se manifeste dans les faibles taux de recherche de traitements par les parents¹⁴ et le fait que les pédiatres et les éducateurs à la petite enfance réfèrent rarement à des services cliniques en raison de troubles affectifs. Les symptômes affectifs ont tendance à être plus difficiles à reconnaître et à évaluer que les problèmes d'externalisation comme l'agressivité et, comme ils sont moins perturbateurs que ces derniers, ils sont moins susceptibles d'être remarqués. Cependant, il est clair que les jeunes enfants peuvent souffrir de problèmes émotifs qui entraînent une grande détresse, nuisent au fonctionnement et interfèrent avec des aspects importants du développement, en réduisant l'exposition à des situations stimulantes essentielles au développement et à l'apprentissage social. Ces troubles nécessitent donc des approches d'évaluation et de traitement sophistiquées. Dans cette optique, les chercheurs continuent de raffiner les mesures d'évaluation et de dépistage qui permettent d'identifier les jeunes enfants ayant besoin de services, mais la diffusion de ces mesures et leur implantation dans de larges systèmes sociaux sont toujours en développement.

Références

1. Freud S. Analysis of a phobia in a five-year-old boy (little Hans). *Revue Francaise de Psychanalyse*. 1928;2, 3.
2. Luby JL, Belden AC, eds. Mood disorders: Phenomenology and a developmental emotion reactivity model. In: Luby JL, ed. *Handbook of preschool mental health: Development, disorders, and treatment*. New York, NY US: Guilford Press; 2006.
3. DelCarmen-Wiggins R, Carter A. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. New York, NY US: Oxford University Press; 2004.
4. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: Presentation, nosology, and epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 03 2006;47(3):313-337.
5. Wichstrøm L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(6):695-705.
6. Mian ND, Godoy L, Briggs-Gowan MJ, Carter AS. Patterns of anxiety symptoms in toddlers and preschool-age children: Evidence of early differentiation. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012;26(1):102-110.
7. Eley TC, Stevenson J. Using genetic analyses to clarify the distinction between depressive and anxious symptoms in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 04 1999;27(2):105-114.
8. Brown TA, Barlow DH. Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and statistical manual of mental disorders and beyond: Comment on the special section. *Journal of Abnormal Psychology*. 11 2005;114(4):551-556.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. text revision, 4th ed*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
10. Kennedy SJ, Rapee RM, Edwards SL. A selective intervention program for inhibited preschool-aged children of parents with an anxiety disorder: Effects on current anxiety disorders and temperament. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 06 2009;48(6):602-609.
11. Hirshfeld-Becker DR, Masek B, Henin A, et al. Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 08 2010;78(4):498-510.
12. Luby J, Lenze S, Tillman R. A novel early intervention for preschool depression: Findings from a pilot randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2012;53(3):313-322.
13. Swanson ME, Wall S, Kisker E, Peterson C. Health disparities in low-income families with infants and toddlers: Needs and challenges related to disability. *Journal of Child Health Care*. 2011;15(1):25-38.
14. Kataoka SH, Zhang L, Wells KB. Unmet need for mental health care among U.S. children: Variation by ethnicity and insurance status. *The American Journal of Psychiatry*. 09 2002;159(9):1548-1555.
15. Bjørknes R, Jakobsen R, Nærde A. Recruiting ethnic minority groups to evidence-based parent training. Who will come and how? *Children and Youth Services Review*. 2011;33(2):351-357.
16. Godoy L, Carter AS. Identifying and addressing mental health risks and problems in primary care pediatric settings: A model to promote developmental and cultural competence. *American Journal of Orthopsychiatry*. in press.
17. Achenbach TM, Rescorla LA. *Manual for the ASEBA preschool forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 2000.
18. Carter AS, Briggs-Gowan MJ. *ITSEA Infant-Toddler Social and Emotional Assessment*. San Antonio, TX: Psychological Corporation Harcourt Press; 2006.
19. Reynolds CR, Kamphaus RW. *Behavior Assessment System for Children-Second Edition (BASC-2)*. Circle Pines, MN: AGS; 2004.
20. Egger HL, Angold A. The Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA): A Structured Parent Interview for Diagnosing Psychiatric Disorders in Preschool Children. In: DelCarmen-Wiggins R, Carter A, eds. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*

- . New York, NY US: Oxford University Press; 2004:223-243.
21. Measelle JR, Ablow JC, Cowan PA, Cowan CP. Assessing young children's views of their academic, social, and emotional lives: An evaluation of the self-perception scales of the Berkeley Puppet Interview. *Child Development*. 12 1998;69(6):1556-1576.
 22. Dubi K, Schneider S. The Picture Anxiety Test (PAT): A new pictorial assessment of anxiety symptoms in young children. *Journal of Anxiety Disorders*. 12 2009;23(8):1148-1157.
 23. Kagan J. Behavioral inhibition to the unfamiliar. *Child Development*. 12 1984;55(6):2212-2225.
 24. Kagan J, Snidman N. Early childhood predictors of adult anxiety disorders. *Biological Psychiatry*. 12 1999;46(11):1536-1541.
 25. Egger HL, Angold A. Anxiety Disorders. In: Luby JL, ed. *Handbook of preschool mental health: Development, disorders, and treatment*. New York, NY US: Guilford Press; 2006:137-164.
 26. Godoy L, Carter AS, Wagmiller RL, et al. *Modeling of internalizing subdomains from ages one to three years. Paper presented at: the annual meeting of the American Psychological Association*. 2008; Boston, MA.
 27. Bosquet M, Egeland B. The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and Psychopathology*. 03 2006;18(2):517-550.
 28. Luby JL, Todd RD, Geller B. Outcome of depressive syndromes: Infancy to adolescence. In: Shulman KI, Tohen M, Kutcher SP, eds. *Mood disorders across the life span*. New York, NY, US: Wiley-Liss; 1996:83-100.
 29. Luby JL. Affective Disorders. In: DelCarmen-Wiggins R, Carter A, eds. *Handbook of infant, toddler, and preschool mental health assessment*. New York, NY US: Oxford University Press; 2004:337-353.
 30. Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 05 2003;42(5):561-570.
 31. Zero to Three. *DC:0-3R: Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood* (rev. ed.). Washington, DC US: Zero to Three/National Center for Infants, Toddlers and Families; 2005.
 32. Edwards SL, Rapee RM, Kennedy SJ, Spence SH. The assessment of anxiety symptoms in preschool-aged children: The revised Preschool Anxiety Scale. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*. 2010;39(3):400-409.
 33. Fox NA, Pine DS. Temperament and the emergence of anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(2):125-128.
 34. Barch DM, Gaffrey MS, Botteron KN, Belden AC, Luby JL. Functional brain activation to emotionally valenced faces in school-aged children with a history of preschool-onset major depression. *Biological Psychiatry*. 2012.
 35. Gaffrey MS, Belden AC, Luby JL. The 2-week duration criterion and severity and course of early childhood depression: Implications for nosology. *Journal of Affective Disorders*. 2011;133(3):537-545.
 36. Scheeringa MS. Developmental considerations for diagnosing PTSD and acute stress disorder in preschool and school-age children. *The American Journal of Psychiatry*. 2008;165(10):1237-1239.