Prévention et intervention précoce pour l’anxiété et la dépression

Jordana K. Bayer, Ph.D., Ruth Beatson, Ph.D.

Murdoch Childrens Research Institute, Australie

Mars 2013

Introduction

L’Organisation mondiale de la Santé prédit que la dépression occupera le deuxième rang de la charge mondiale de morbidité d’ici 2030, juste derrière le VIH/SIDA.[1] Les problèmes de santé mentale débilitants qui sont identifiés pour la première fois à l’adolescence et à l’âge adulte, dont la dépression, les troubles anxieux et l’abus de substances, peuvent trouver leur origine dans des trajectoires ayant débuté beaucoup plus tôt dans la vie, avec des problèmes de santé mentale dès l’enfance.[2,3,4]

Sujet

Les problèmes de santé mentale infantiles consistent principalement en troubles affectifs et comportementaux. L’enquête nationale sur la santé mentale des jeunes en Australie rapporte que ces problèmes affectent un enfant sur sept entre l’âge de 4 et 17 ans.[5] Des taux similaires sont rapportés un peu partout dans le monde.[6,7,8] Les problèmes affectifs incluent l’anxiété et la dépression. Caractérisés par une détresse émotionnelle intérieure qui n’est pas nécessairement

©2013-2026 ABILIO | ANXIÉTÉ ET DÉPRESSION

évidente pour les autres, ces troubles sont aussi dénommés « troubles d'internalisation ».

Problèmes

Les études économiques de coûts et bénéfices montrent qu'en règle générale, il peut être moins dispendieux et plus efficace d'intervenir plus tôt dans le cours de la vie que de dispenser un traitement à un âge plus avancé.[9] Les études qui ont suivi des enfants de la population générale au fil du temps ont souligné la persistance des symptômes d'internalisation, depuis la petite enfance jusqu'au milieu de l'enfance[10,11] et depuis l'enfance jusqu'à l'adolescence et l'âge adulte.[12,13]

Contexte de la recherche

Bien que le fonctionnement affectif continue à se développer entre l'enfance et l'âge adulte, les premières années de la vie constituent une fenêtre d'opportunité potentielle pour la prévention et l'intervention précoces. Les problèmes d'internalisation des enfants sont en partie héritables et en partie dus à des facteurs environnementaux.[14] Les études longitudinales montrent que le précurseur prédisant le plus fortement à lui seul le développement de problèmes d'internalisation chez les jeunes enfants est « l'inhibition tempéramentale », qui se manifeste par une attitude craintive et une tendance à se retirer des situations nouvelles.[15,16,17,18] Les facteurs de risque additionnels connus pour le développement de problèmes d'internalisation chez les jeunes enfants sont un parentage sévère ou surprotecteur ainsi que la présence de problèmes d'internalisation chez les parents eux-mêmes.[11,18,19,20,21,22,23]

Questions clés de la recherche

Quelle est la meilleure façon d'intervenir tôt dans le développement affectif des enfants pour prévenir l'anxiété et la dépression? Cet article présente les résultats de recherche actuellement disponibles à ce sujet. Les interventions préventives pendant les premières années de l'enfance sont principalement axées sur l'optimisation de l'environnement de l'enfant, en vue de freiner ou de prévenir le développement des difficultés d'internalisation. On a montré que les interactions avec les parents constituent le facteur environnemental qui influence le plus le comportement d'un jeune enfant. La surprotection ou l'implication excessive des parents (qui empêche les enfants d'affronter les défis naturels de la vie) et/ou la discipline sévère (p. ex., les coups et les cris) permettent de prédire le développement de symptômes d'internalisation chez les jeunes enfants.[19,24] Ainsi, l'objectif principal des programmes d'intervention et de prévention précoces

est de développer l'habileté des parents à identifier et réagir efficacement aux comportements qui révèlent une perturbation émotionnelle chez leur enfant.

Résultats de recherche récents

Une revue systématique récente des interventions préventives fondées empiriquement qui ciblent les problèmes d'internalisation chez les jeunes enfants (de 0 à 8 ans)[25] a réitéré que les essais contrôlés randomisés constituent la norme d'excellence méthodologique pour évaluer l'efficacité d'un programme. Cette revue a mis en lumière le nombre relativement faible d'interventions préventives ciblant spécifiquement les problèmes d'internalisation, par opposition à la grande base de données disponibles sur les problèmes de comportement (conduite / externalisation) chez l'enfant.

En ce qui concerne les interventions débutant dès la première année de la vie, le programme Early Start[26,27] a obtenu le meilleur bilan de résultats en matière de réduction des problèmes d'internalisation chez l'enfant.[25] Il s'agit d'un programme de visites individuelles à domicile d'une durée de deux à trois ans testé en Nouvelle-Zélande, qui ciblait les mères à risque et stressées. Les services de santé primaires faisaient le dépistage du risque dans toutes les familles puis coordonnaient les visites à domicile hebdomadaires effectuées par des intervenants en soutien familial à qui on avait donné une formation de cinq semaines. L'évaluation d'un essai contrôlé randomisé comportant un suivi après trois ans a montré que cette intervention avait des effets positifs sur les problèmes d'internalisation de l'enfant, les pratiques parentales (dont la violence) et la fréquentation d'une institution préscolaire.

En ce qui concerne les interventions débutant à l'âge préscolaire, deux programmes avaient d'excellents bilans de résultats en matière de réduction des problèmes d'internalisation.[25] Au Canada, un bref programme psycho-éducatif de groupe d'une durée de trois mois, testé dans le cadre d'un essai contrôlé randomisé auprès de parents d'enfants manifestant des problèmes comportementaux, a aussi permis de réduire l'anxiété chez les enfants. Cependant, le devis de recherche « avec liste d'attente » employé dans cette étude (un devis qui permet au groupe témoin de recevoir également l'intervention à la fin de l'étude, pour des raisons souvent éthiques) fait en sorte que l'efficacité de ce programme au-delà de quelques semaines est inconnue. En Australie, le Cool Little Kids est un bref programme de trois mois à l'intention des parents dont les enfants d'âge préscolaire manifestent une inhibition tempéramentale.[28,29,30] Deux évaluations dans le cadre d'essais contrôlés randomisés ayant inclus un suivi après six mois et

trois ans ont montré que le programme prévenait efficacement les troubles d'internalisation chez l'enfant.

Dans les essais du Cool Little Kids, les parents d'enfants d'âge préscolaire au tempérament inhibé étaient invités à participer tous les 15 jours à une session de parentage d'une heure et demie dispensée par un psychologue clinicien. Ce programme axé sur l'inhibition chez l'enfant et les pratiques parentales surprotectrices vise à favoriser le développement de la résilience des enfants envers leurs peurs situationnelles et leurs inquiétudes génératrices de détresse. Le programme enseigne aux parents des stratégies pour modifier les peurs et les angoisses de leur enfant d'âge préscolaire, ainsi que les leurs, le cas échéant. Le premier essai a démontré que les enfants ayant reçu l'intervention avaient développé significativement moins de troubles anxieux que les enfants du groupe témoin à l'âge de cinq ans (50 % vs 64 %) et cet effet était même amplifié à sept ans (40 % vs 69 %). Le second essai ciblait plus spécifiquement les parents souffrant de troubles anxieux et ses résultats attestent également que le programme a eu un impact significatif sur le taux de troubles anxieux chez les enfants inhibés d'âge préscolaire (53 % dans le groupe ayant reçu l'intervention vs 93 % dans le groupe témoin). Cool Little Kids est ainsi le premier (et le seul, à ce jour) programme efficace de prévention des troubles d'internalisation au cours de la petite enfance.

Lacunes de la recherche

Très peu d'interventions efficaces existent pour les problèmes d'internalisation des jeunes enfants. Le programme Cool Little Kids, qui met l'accent sur l'anxiété, est à la pointe de la recherche dans ce domaine. Des données sur l'efficacité à long terme (c.-à-d., plus de cinq ans) des programmes de prévention relativement brefs comme le Cool Little Kids doivent être recueillies, ce qui nécessite un financement suffisant de la recherche dans ce domaine. Un autre défi est d'évaluer l'efficacité des programmes lorsqu'ils sont offerts à de larges échantillons d'individus représentatifs de la population.[31] La possibilité de dépister systématiquement les enfants « à risque » (au tempérament inhibé) par le biais de services préscolaires universels et d'offrir cette intervention à ceux qui en ont besoin est actuellement investiguée dans un essai contrôlé randomisé mené à l'échelle communautaire. De plus, peu d'études ont proposé des évaluations économiques des programmes d'intervention précoces pour la santé mentale des enfants.[7,25,32] De telles évaluations pourraient inclure les coûts d'implantation du service (formation, matériel du programme, salaire des intervenants), les coûts pour la famille (temps de travail perdu, coûts de transport) et les économies pour les systèmes de santé et d'assistance

sociale que génère ultérieurement l'implantation de l'intervention précoce.

Le dépistage de la dépression à l'âge préscolaire et la conception de programmes d'intervention précoces novateurs constituent un domaine de recherche très récent. Bien qu'on reconnaisse de plus en plus l'existence de troubles dépressifs dès l'âge préscolaire,[33,34] une revue récente des programmes de prévention de la dépression infantile n'a pas inclus d'enfants de cet âge.[35] Très récemment, on a mené le premier essai pilote du programme Parent-Child Interaction Therapy (thérapie sur les interactions parent-enfant).[33] Il s'agit d'une intervention précoce potentielle qui cible la dépression chez les enfants d'âge préscolaire. L'absence actuelle de programmes d'intervention pour la dépression chez les jeunes enfants, combinée aux taux croissants de médicaments antidépresseurs prescrits à cette clientèle, chez qui leur efficacité est pourtant incertaine, met en lumière le besoin urgent de développer et d'évaluer des interventions psychothérapeutiques.[33]

Conclusions

Depuis les années 1990, on reconnaît de plus en plus que les jeunes enfants peuvent éprouver des problèmes d'internalisation (anxiété et dépression) qui ont, s'ils persistent au fil du temps, des effets invalidants. Les facteurs de risque clés de tels problèmes chez les jeunes enfants incluent à la fois des composantes héritables et environnementales (p.ex., l'inhibition tempéramentale chez l'enfant, l'anxiété ou la dépression parentale et les pratiques parentales surprotectrices ou sévères). Une base de données sur les programmes de prévention précoce de l'anxiété et de la dépression chez les jeunes enfants commence à se développer. Le volume actuel de recherches sur les interventions ciblant les problèmes d'internalisation des jeunes enfants reste toutefois mince, comparativement à celui généré par les trente années de recherches menées sur les interventions précoces pour les problèmes de comportements (ou de conduite). Il existe donc un besoin urgent de mener d'autres recherches sur la prévention précoce de l'anxiété et (surtout) de la dépression. En ce qui concerne l'anxiété, le programme de parentage Cool Little Kids est celui qui détient, à ce jour, les meilleures fondations empiriques. Les avantages de ce programme incluent sa brièveté, son approche ciblée et ses résultats en matière de prévention des troubles anxieux ultérieurs. Un essai contrôlé randomisé du Cool Little Kids est en cours à l'échelle communautaire en Australie.[31] L'existence de la dépression chez les enfants d'âge préscolaire n'a été reconnue que récemment et il est urgent de développer des interventions précoces novatrices pour cette problématique.[33]

Implications

Les connaissances actuelles sur l'intervention et la prévention précoces des problèmes d'internalisation ont des implications pour les parents, les services et les politiques. Les parents peuvent être rassurés quant à l'existence d'interventions précoces efficaces pour les jeunes enfants anxieux. Les services de santé et d'éducation peuvent planifier le développement de leur personnel en vue d'implanter uniquement des programmes d'intervention précoce qui reposent sur une solide base de données empiriques. Les décideurs politiques peuvent accorder le financement en priorité à a) la diffusion des programmes fondés empiriquement et b) des recherches de meilleure qualité sur les interventions précoces pour l'anxiété et la dépression chez les jeunes enfants. En ce qui concerne la diffusion des interventions préventives, Geisen et coll.[36] notent les principes importants suivants :

- Le personnel qui dispense le programme doit avoir reçu une formation adéquate et adhérer au contenu du programme.
- Le « dosage » (durée, intensité, fréquence) des interventions devrait être optimisé par la tenue de sessions en dehors des heures ouvrables (pour accommoder les parents qui travaillent) et l'offre d'un service de garde sur place.
- Il est essentiel qu'un consultant professionnel expert du programme travaille étroitement avec les nouveaux intervenants, pour s'assurer que les composantes essentielles à l'efficacité du programme soient maintenues et que les aspects plus secondaires puissent être adaptés aux besoins locaux.
- La capacité d'atténuer les problèmes d'anxiété et de dépression chez les enfants tôt dans leur vie pourrait réduire les disparités cumulatives ultérieures en matière de santé mentale et de conditions générales de vie.

Références

1. Mathers, C.D., & Loncar, D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030, *PLoS Med* 2006; 3(11): e44.
2. Jokela M, Ferrie J, & Kivimaki M. Childhood problem behaviours and death by midlife: the British National Child Development Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2009; 48(1): 19-24.
3. Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Ustun TB. Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20: 359-364.
4. Mrazek PJ & Haggerty RJ. *Reducing the risk for mental disorders*. Washington: National Academy Press; 1994.

5. Sawyer MG, Arney FM, Baghurst PA, Clark JJ, Graetz BW, Kosky RJ, Nurcombe B, Patton GC, Prior MR, Raphael BR, Rey JM, Whaites LC, Zubrick SR. The mental health of young people in Australia: key findings from the child and adolescent component of the national survey of mental health and well-being. *Aust NZ J Psychiat* 2011; 35: 806–814.
6. Rescorla L, Achenbach T, Ivanova MY, Dumenci L, Almqvist F, Bilenberg N, et al. Behavioural and emotional problems reported by parents of children ages 6 to 16 in 31 societies. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders* 2007; 15(3): 130-142.
7. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, Rohde LA, Srinath S, Ulkuer N, Rahman A. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet* 2011; 378(9801): 1515-1525.
8. Verhulst FC, & Koot HM. *The Epidemiology of Child and Adolescent Psychopathology*. London: Oxford University Press; 1995.
9. Heckman J. *Invest in the very young. Chicago: Ounce of Prevention Fund and the University of Chicago Harris School of Public Policy Analysis*; 2000.
10. Bayer JK, Sanson AV, & Hemphill SA. Early childhood aetiology of internalising difficulties: a longitudinal community study. *Int J Ment Health Promotion* 2009; 11(1): 22-32.
11. Bayer JK, Ukoumunne OC, Lucas N, Wake M, Scalzo K, Nicholson J. Risk factors for childhood mental health symptoms: National Longitudinal Study of Australian Children. *Pediatrics* 2011; 128(4): 865-879.
12. Asendorpf JB, Denissen JJA, van Aken MAG. Inhibited and aggressive preschool children at 23 years of age: personality and social transitions into adulthood. *Dev Psychol* 2008; 44(4): 997-1011.
13. Bosquet M, & Egeland B. The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Dev Psychopathol* 2006; 18: 517-550.
14. Cicchetti D & Toth SL. The development of depression in children and adolescents. *American Psychologist* 1998; 53(2): 221-241.
15. Biederman J, Rosenbaum JF, Bolduc-Murphy EA, Faraone SV, Chaloff J, Hirschfield DR, & Kagan J. A 3-year follow-up of children with and without behavioural inhibition. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1993; 32(4): 805-821.
16. Prior M, Smart D, Sanson A, & Oberklaid F. Does shy-inhibited temperament in childhood lead to anxiety problems in adolescence? *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 2000; 39(4): 461-468.
17. Rapee RM & Szollos AA. Developmental antecedents of clinical anxiety in childhood. *Behav Change* 2002; 19(3): 146-157.
18. Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc-Murphy EA, Faraone SV, Chaloff J, Hirshfeld DR & Kagan J. Behavioural inhibition in childhood: a risk factor for anxiety disorders. *Harv Rev Psychiatry* 1993; 1(1): 2-16.
19. Bayer JK, Sanson AV, & Hemphill SA. Parent influences on early childhood internalising difficulties. *J Appl Dev Psychol* 2006; 27: 542-559.
20. Bayer JK, Hiscock H, Ukoumunne OC, Price A, & Wake M . Early childhood aetiology of mental health problems: a longitudinal population-based study. *J Child Psychol Psychit* 2008; 49(11): 1166-1174.
21. Coplan RJ, Arbeau KA, & Armer M Don't fret, be supportive! Maternal characteristics linking child shyness to psychosocial and school adjustment in kindergarten. *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36: 359-371.
22. Rapee RM, Schniering CA, & Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: origins and treatment. *Annu Rev Clin Psychol* 2009; 5: 311-341.
23. Rubin KH, Burgess KB & Hastings PD. Stability and social-behavioural consequences of toddlers' inhibited temperament and parenting behaviours. *Child Dev* 2002; 73(2): 483-495.
24. Bayer JK, Ukoumunne OC, Mathers M, Wake M, Abdi N, Hiscock H. Development of children's internalising and externalising problems from infancy to five years of age. *Aust NZ J Psychiat* 2012; 46(7): 659-668.

25. Bayer JK, Hiscock H, Scalzo K, Mathers M, McDonald M, Morris A, Birdseye J, & Wake M.. Systematic review of preventive interventions for children's mental health: what would work in Australian contexts? *Aust NZ J Psychiat* 2009; 43: 695-710.

26. Ferguson D, Grant H, Horwood L, Ridder E. Randomized trial of the early start program of home visitation. *Pediatrics* 2005; 116(6): 803-809.

27. Ferguson D, Grant H, Horwood L, Ridder E. Randomized trial of the early start program of home visitation: parent and family outcomes. *Pediatrics* 2006; 117: 781-786.

28. Rapee RM, Kennedy S, Ingram M, Edwards S, & Sweeney L. Prevention and early intervention of anxiety disorders in inhibited preschool children. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73(3): 488-497.

29. Rapee RM, Kennedy SJ, Ingram M, Edwards SL, & Sweeney L. Altering the trajectory of anxiety in at-risk young children. *Am J Psychiatry* 2010; 167(12): 1518-1525.

30. 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. *J Am Acad Child Adoles Psychiatry* 2009; 48(6): 602-609.

31. Bayer JK, Rapee R, Hiscock H, Ukoumunne OC, Mihalopoulos C, Clifford S, & Wake M (2011). The Cool Little Kids randomised controlled trial: Population level early prevention for anxiety disorders. *BMC Public Health* 2011:11: 2-9.

32. Mihalopoulos C, Vos T, Pirkis J, Carter R. The economic analysis of prevention in mental health programs. *Annu Rev Clin Psychol* 2011; 7: 169-201.

33. Luby J, Lenze S, & Tillman R. A novel early intervention for preschool depression: findings from a pilot randomised controlled trial. *J Child Psychol Psychiat* 2012; 53(3): 313-322.

34. Wichstrom L, Berg-Nielsen TS, Angold A, Egger HL, Solheim E, & Sveen TH. Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *J Child Psychol Psychiat* 2012; 53(6): 695-705.

35. Merry SN, Hetrick SE, Cox GR, Brudevolde-Iversen T, Bir JJ, & McDowell H. Psychological and educational interventions for preventing depression in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011; Issue 12, Art No CD003380. DOI: 10.1002/14651858.CD003380.pub3.

36. Giesen F, Searle A, Sawyer M. Identifying and implementing prevention programmes for childhood mental health problems. *J Paediatr Child Health* 2007; 43: 785-789.