

Les troubles psychiques de l'enfance et l'adolescence aujourd'hui: un problème majeur de santé publique

■ A. Abella, J. Manzano

Service médico-pédagogique, Genève

Summary

Abella A, Manzano J. [Child and adolescent psychic disorders: a major public health issue today.] Schweiz Arch Neurol Psychiatr 2006;157:29–34.

Long considered banal, the psychic disorders of children and adolescents are nowadays increasingly thought of as a major public health issue. Three reasons explain this change in opinion: the prevalence of this type of disorder; the inadequate treatment it receives; the long-term consequences of such disorders for young patients.

As far as their prevalence is concerned, it is around 20%, the most common ones being anxiety disorders (12%), closely followed by behavioural disorders (10%). As to their life-span prevalence, it has been estimated that in the United States 49% of children between the ages of 4 and 18 fill at least once the criteria for a DSM-IV diagnosis. Moreover, the co-occurrence of conduct disorders, anxiety disorders and depression disorders appears to be very high.

None of these disorders receives adequate treatment. In Geneva, the number of consultations for such disorders is about 10%, which is high compared to the rate in the USA (2–3%), but still not satisfactory. This is important, since disorders of this type tend to persist in childhood rather than to go into spontaneous remission and since they are often the forerunners of psychic disorders in adulthood. Indeed, the long-term prognosis about serious disorders is subject to reservations, with up to 50 to 100% of cases still presenting disorders long after the initial diagnosis. This is particularly true of pervasive development disorders and schizophrenia, but also for behavioural disorders, including conduct disorders, oppositional disorders and ADHS.

Emotional disorders, including problems related to anxiety and depression, are considered to have a more positive prognosis than behavioural disorders, but their tendency to spontaneous remission is now called into question. Whereas separation anxiety and simple phobia, observed in very young children, usually disappear, the emotional disorders of older children – hyperanxiety disorders, social phobia, obsessional-compulsive disorders and depression – tend to persist.

Finally, they have important repercussions at different levels: firstly, in terms of stress, and high personal and family suffering during both childhood and adulthood; secondly, in terms of the psycho-social consequences concerning schooling and professional training on the one hand, and their repeated recourse to the medical and/or social services on the other hand, with major socio-economic consequences for part, if not all, of their lives.

This means that we, therefore, need to take a closer look at the short-term but also the long-term efficiency of the different types of treatment available today: medicinal, psycho-analytical, cognitive-behavioural, and to evaluate them through research.

Keywords: psychic disorders; child psychiatry; public health; prevalence; treatment; aftereffects

A l'heure actuelle, nous sommes loin de la période où la souffrance psychologique des enfants et adolescents pouvait être considérée, à l'image des maladies infectieuses banales de l'enfance, comme un passage presque obligé, de nature transitoire et n'impliquant que rarement des répercussions ultérieures importantes. Comme l'ont signalé A. Roth et P. Fonagy dans leur livre très documenté [1], les troubles psychiques de l'enfance et de l'adolescence ont de plus en plus tendance à être considérés, ces dernières années, comme un problème majeur de santé publique. Pourquoi ce changement d'avis chez les spécialistes de ce sujet? S'ils pren-

Correspondance:
Dr méd. Adela Abella
16–18, Bd. St. Georges
CH-1211 Genève
e-mail: adela.abella@sezenove.ch

ment davantage ces troubles au sérieux, c'est principalement en raison de leur prévalence élevée, du traitement insuffisant qui leur est donné et de leurs conséquences sur l'avenir des jeunes patients.

Prévalence élevée

Plusieurs études épidémiologiques réalisées dans divers pays s'accordent à situer la prévalence des troubles psychiques de l'enfance et l'adolescence autour d'un 20% [1]. Ce qui revient à dire qu'à un moment donné, un enfant ou un adolescent sur cinq souffre d'un trouble psychique pouvant être diagnostiqué. La catégorie nosologique la plus fréquente est constituée par les troubles anxieux (12%), suivie de près par les troubles de comportement (10%). Le trouble hyperactivité avec déficit d'attention (THADA) affecte environ un 5% avec une prédominance nette chez les garçons: de deux à quatre garçons pour une fille. Il y a néanmoins des raisons de penser que la prévalence du THADA serait sous-estimée chez les filles. Celles-ci, en effet, présentent davantage des troubles de l'attention, moins bruyants et moins diagnostiqués que les modalités à prédominance hyperactive et/ou impulsive, caractérisant plutôt les garçons [2]. La dépression, les troubles spécifiques du développement, l'énurésie et l'abus de substances arrivent à une prévalence de 6%. L'autisme et les troubles envahissants du développement restent rares avec une prévalence inférieure à 1%.

Quant à la prévalence au long de la vie, une étude longitudinale réalisée aux Etats-Unis a estimé que 49% des enfants entre 4 et 18 ans remplissent au moins une fois les critères d'un diagnostic DSM IV dans cet intervalle [1].

La répartition des troubles à l'intérieur de cette prévalence de 20% varie fondamentalement selon l'âge, un peu moins selon le sexe. Ainsi, l'anxiété de séparation est plus spécifique et nettement plus fréquente chez les jeunes enfants alors qu'à l'opposé le trouble obsessionnel compulsif apparaît plus fréquemment à la préadolescence ou à l'adolescence, débutant dans un tiers des cas entre 10 et 15 ans. Si l'on tient compte simultanément du sexe et de l'âge, d'autres associations intéressantes apparaissent: les filles post-pubères, par exemple, souffrent plus fréquemment que les garçons de troubles anxieux et dépressifs, alors que jusqu'à 16 ans les garçons sont diagnostiqués plus souvent de troubles de conduites ou de THADA.

Traitement insuffisant

En contraste avec ce 20% de la population entre 0 et 18 ans présentant des troubles psychiques clairement identifiables, des études épidémiologiques américaines signalent que seul un 2-3% est amené en consultation psychiatrique [1]. Actuellement, nous ne disposons pas en Suisse de chiffres détaillés quant au taux de consultation psychiatrique parmi la population infantile et juvénile. La pluralité des services publics et privés s'occupant de ces enfants rend le calcul difficile. Néanmoins, sur la seule base des enfants et adolescents reçus par le Service médico-pédagogique à Genève, nous pouvons estimer que, dans notre canton, le taux de consultation se situe probablement autour du 10% de la population infanto-juvénile générale.

Quels facteurs influencent-ils ce taux réduit de traitement, spectaculairement bas dans les études américaines et pauvre chez nous, quoique plus discrètement? Plusieurs études ont montré que ce n'est pas la gravité du trouble qui pousse les parents à consulter pour leurs enfants, mais plutôt des facteurs socioculturels ou émotionnels concernant ces derniers. En effet, l'enfant dépend de ses parents pour chercher une aide spécifique: leur sensibilité, leur avis sur la nécessité de traiter les troubles, deviennent dès lors des facteurs décisifs dans la décision de consulter ou pas.

A ce sujet, plusieurs études ont montré que des parents en état de stress conjugal, familial ou social, souffrant eux-mêmes d'anxiété ou de dépression, perçoivent plus facilement les troubles de leurs enfants et les amènent plus volontiers en consultation [1].

De même, les enfants présentant des conduites «dérangeantes» telles que les troubles du comportement, l'impulsivité, l'hyperactivité, sont amenés en consultation beaucoup plus fréquemment que les enfants anxieux ou dépressifs. Cette sensibilité préférentielle aux comportements agressifs ou gênants n'est pas propre aux parents mais affecte également d'autres groupes jouant un rôle primordial dans la décision de consulter, comme les enseignants. Ainsi, une étude faite à Genève récemment [3] a montré l'existence de différences de perception importantes entre enseignants et cliniciens au sujet des difficultés psychologiques des élèves. Ces différences ont comme conséquence une tendance moindre chez les enseignants à dépister les troubles émotionnels peu «bruyants» des enfants et adolescents qu'ils côtoient régulièrement.

Par ailleurs, dans le cadre de la représentation sociale des maladies, on peut observer que la gravité et les répercussions sur l'avenir des troubles

psychiques des enfants et adolescents ont été, et sont encore, clairement sous-estimées, tant dans la population générale qu'à l'intérieur du groupe des médecins. En effet, dans la plupart des sociétés contemporaines, il est couramment admis que, chez les enfants, les craintes de séparation, les peurs, les phobies ou encore certains comportements agressifs ou agités font partie du développement «normal». Une bonne partie des difficultés psychologiques de l'enfant et de l'adolescent sont des lors estimées banales et tendant spontanément à disparaître, et ceci d'autant plus si elles n'affectent pas sévèrement l'adaptation sociale ou les apprentissages scolaires et ne dérangent pas fortement leur entourage.

Dans la littérature spécialisée, ce n'est que récemment que certaines présomptions allant dans le même sens ont été mises en question. En effet, au cours des dernières années, l'histoire naturelle des troubles psychiatriques des enfants et des adolescents a été l'objet d'un intérêt grandissant et, à l'heure actuelle, on pense que leur tendance à la rémission spontanée est moins importante que prévu et que leurs répercussions sur l'âge adulte sont beaucoup plus préoccupantes.

D'autres problèmes concernent la comorbidité et l'instabilité symptomatique. En effet, le phénomène bien connu du remplacement symptomatique, qui fait que les divers troubles psychiques peuvent se succéder l'un à l'autre reste très typique de l'enfance et peut facilement induire en erreur quant à l'efficacité d'un traitement appliqué.

En ce qui concerne la comorbidité, elle apparaît très importante entre troubles du comportement, troubles anxieux et troubles dépressifs. A titre d'exemple, plusieurs études ont montré que plus de la moitié des enfants présentant un THADA ont au moins un autre diagnostic. La comorbidité entre THADA et trouble oppositionnel et/ou troubles de conduites est, selon les études, de 42 à 93%; avec la dépression, de 13 à 27%; avec les troubles anxieux, de 25 à 50% et, finalement, avec les troubles spécifiques de l'apprentissage, entre 10 et 90% [2, 4].

Il paraît raisonnable de supposer, comme c'est couramment admis pour les patients psychiatriques adultes, que la comorbidité chez un enfant implique probablement un pronostic plus réservé. Par ailleurs, concernant les modalités de traitement, il est reconnu actuellement que la comorbidité entraîne des exigences particulières, rendant moins satisfaisant le recours à des traitements à visée trop circonscrite et purement symptomatique.

Histoire naturelle et répercussions sur l'âge adulte

S'il est vrai que l'histoire naturelle des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent n'est encore que partiellement connue, certains faits semblent pourtant solidement établis. D'une manière générale, la plupart des auteurs signalent la persistance fréquente à l'âge adulte des suites ou séquelles de troubles psychiques apparus dans l'enfance et l'adolescence, parfois sous la forme d'un diagnostic psychiatrique caractérisé, parfois de manière plus indéfinie, quoique encore inquiétante. Ainsi, Rutter et ses collaborateurs [5] ont suivi un groupe de deux cents enfants sur une période de vingt ans, dont la moitié avait présenté des troubles psychiques à l'âge de 10–11 ans. Les chercheurs ont trouvé une correspondance entre les troubles psychiques de l'enfance et une augmentation de la fréquence d'événements de vie douloureux à l'âge adulte. Ces auteurs ont attribué ces événements de vie difficiles à la persistance de séquelles chez l'adulte, notamment sous la forme de difficultés à planifier qui les poussaient à courir plus de risques que la population en général.

Si l'on considère individuellement les différents troubles, il est admis aujourd'hui que l'évolution à long terme des troubles graves est très réservée, avec 50–100% des cas présentant encore des troubles psychiatriques longtemps après le diagnostic initial. Cela concerne particulièrement les troubles envahissants du développement et la schizophrénie, mais aussi les troubles du comportement [1].

Parmi les enfants autistes ou présentant un autre trouble envahissant du développement, plus de 60% restent sévèrement handicapés à vie, avec des déficits massifs au niveau cognitif, émotionnel et relationnel entraînant de sérieuses limitations pour mener une vie indépendante. Les autres gardent le plus souvent, à l'âge adulte, des diagnostics psychiatriques plus ou moins lourds avec des séquelles psychosociales importantes. De même, la schizophrénie débutant à l'adolescence suit une évolution très réservée, avec une tendance à la chronicité et au déficit.

Les troubles du comportement, incluant les troubles des conduites, le trouble oppositionnel et le THADA, constituent le motif de consultation le plus fréquent de l'enfant et de l'adolescent. Plusieurs études ont montré leur permanence durant l'enfance [6] et leur tendance à persister jusqu'à l'âge adulte. Ainsi, une révision approfondie de la littérature réalisée par Campbell [7] signale que les problèmes de comportement identifiés en âge préscolaire, vers 3–4 ans, ont tendance à persister durant toute l'enfance et même l'ado-

lescence: entre 50 et 60% des enfants difficiles à contrôler à 3 ans le sont toujours à 8–9 ans. L'agressivité apparue plus tard dans l'enfance a également tendance à rester stable: tant l'étude de l'Isle of Wight [8] que d'autres recherches postérieures [3] ont trouvé que les trois quarts des troubles du comportement à 8–10 ans persistaient cinq ans après.

Plusieurs recherches ont étudié les répercussions des troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent à l'âge adulte. Robins [9, 10] a montré dans une recherche très connue avec follow-up à long terme d'enfants consultant pour des comportements agressifs, que les adultes diagnostiqués de personnalité antisociale avaient été presque tous des enfants antisociaux. De même, cet auteur a montré qu'en particulier chez les hommes, le comportement antisocial durant l'enfance était le meilleur élément prédisant une conduite antisociale à l'âge adulte, ainsi que l'abus d'alcool et de drogues. Chez les femmes, le comportement antisocial durant l'enfance prédisait plutôt des problèmes d'anxiété et de dépression à l'âge adulte. Finalement, les enfants ayant consulté pour un comportement antisocial avaient, en tant qu'adultes, une adaptation sociale très inférieure à celle des autres enfants.

Il semble par ailleurs qu'à l'intérieur des troubles du comportement, c'est le THADA qui a le plus tendance à la stabilité; en effet, près de 80% des enfants présentent encore les critères diagnostiques cinq à huit ans après la consultation initiale [1]. Actuellement, on admet que ce trouble a tendance à persister à l'adolescence et à l'âge adulte [4]. D'un point de vue clinique, l'hyperactivité et l'impulsivité ont tendance à diminuer avec l'âge, à la différence des troubles d'attention qui s'avèrent nettement plus persistants. Le syndrome complet persiste durant l'adolescence dans environ un tiers des cas, alors qu'entre un quart et un tiers des formes de l'enfance vont s'atténuer, voire disparaître. En ce qui concerne la persistance à l'âge adulte, on estime qu'entre un sur trois et un sur dix des jeunes hyperactifs le restent à l'âge adulte [2, 4].

Quant au THADA, sa persistance à l'adolescence s'associe à un retard scolaire, un fonctionnement social moins bon, une faible estime de soi et des troubles de conduites dans environ 30% des cas, y compris la toxicomanie et la personnalité antisociale. Chez l'adulte, on rencontre des difficultés professionnelles découlant du retard scolaire et une personnalité antisociale chez 10 à 20% de ceux diagnostiqués de THADA durant l'enfance [4].

Les troubles émotionnels, catégorie incluant des problèmes d'anxiété et de dépression, constituent

les troubles les plus fréquents chez l'enfant et l'adolescent [1], même s'ils font moins l'objet de consultation que les troubles du comportement. Ils semblent avoir une évolution plus positive que ces derniers [11]. Néanmoins, l'appréciation qui pendant longtemps les a considérés comme tendant à la rémission spontanée, est aujourd'hui fortement nuancée. Ainsi alors que l'angoisse de séparation et les phobies simples, plus typiques des tout jeunes enfants, ont généralement une bonne évolution, les troubles émotionnels propres des enfants plus âgés – le trouble hyper anxieux, les phobies sociales et la dépression – ont davantage tendance à persister.

Le trouble hyper anxieux semble avoir la plus grande tendance à la chronicité; il s'associe à la dépression lors de l'adolescence et, selon certaines études, il peut se prolonger sous la forme d'anxiété généralisée à l'âge adulte.

Quant au trouble obsessionnel compulsif apparu lors de l'enfance et de l'adolescence, il semble avoir une forte tendance à la chronicité: presque deux tiers des sujets diagnostiqués gardent leurs problèmes à l'âge adulte, avec une adaptation psychosociale pauvre et une tendance à présenter d'autres troubles, notamment de type dépressif [1, 12].

Mais même en ce qui concerne l'anxiété de séparation, certains indices suggèrent que, tout en ayant un meilleur pronostic que les deux troubles précédents, son évolution n'est pas régulièrement bonne. En effet, elle peut se prolonger sous la forme de différents types de difficultés de séparation à l'âge adulte: dépression, difficultés à quitter la maison ou à changer de travail, agoraphobie [1]. De même, si la phobie scolaire de l'enfance a tendance à la rémission à l'aide de la plupart des thérapies brèves, elle est suivie dans quatre cas sur cinq de troubles psychologiques modérés ou sévères chez le jeune adulte [13]. Quant aux enfants hyper anxieux, toutes catégories confondues, ils semblent avoir nettement plus de difficultés dans leur adaptation psychosociale (relations familiales et avec les pairs, scolarité) que les autres enfants, les conséquences délétères de l'anxiété se faisant sentir d'autant plus lourdement que l'enfant grandit, en particulier au niveau de l'estime de soi.

Finalement, la dépression chez les enfants et les adolescents semble partager avec la dépression de l'adulte le fait d'avoir à la fois un fort pourcentage de récupération des épisodes dépressifs et, simultanément, un taux élevé de rechute. Dans le cas de la dépression infanto juvénile, la tendance à la récurrence apparaît aussi bien dans l'enfance qu'à l'âge adulte [14, 15]. On admet aujourd'hui que la plupart des adultes dépressifs n'ont pas d'antécédents de dépression infantile, mais la dépression

Tableau synoptique

prévalence

globale	20%
troubles anxieux	12%
troubles du comportement	10%
dont THADA	5%
dépression, troubles spécifiques du développement, énorésie, abus des substances	6%
autisme, troubles envahissants du développement	≥1%
taux de consultation	USA: 2–3% Genève: 10%

répercussions à l'âge adulte

<i>enfance et adolescence</i>	<i>âge adulte</i>
autisme, troubles envahissants du développement	60% sévèrement handicapés à vie
troubles du comportement	personnalité antisociale, abus de substances, dépression et anxiété 1/3 des jeunes hyperactifs le reste
troubles émotionnels	
troubles hyperanxieux	anxiété généralisée
troubles obsessionnel-compulsif	2/3 le restent, dépression
anxiété de séparation	dépression, agoraphobie
dépression	dépression

infantile et juvénile entraîne un risque élevé de dépression à l'âge adulte. En revanche, elle n'apparaît pas comme annonçant un autre type de trouble mental chez l'adulte, la spécificité dans la continuité entre la dépression de l'enfance et de l'âge adulte se révélant plus importante que pour d'autres troubles.

Conclusions

Les troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent ont une prévalence élevée, de l'ordre de 20% alors que, notamment aux USA, seulement 2 à 3% des personnes concernées consultent pour ces problèmes. La situation à Genève, avec un taux de consultation d'environ 10%, est particulièrement favorable à ce sujet, quoique pas encore entièrement satisfaisante (tableau synoptique).

A l'opposé de ce que l'on croyait, loin de tendre vers la rémission spontanée, ces troubles ont généralement tendance à persister longuement durant l'enfance et anticipent très souvent des troubles psychiques à l'âge adulte. Leurs répercussions sont élevées à plusieurs niveaux. Premièrement en termes de stress et de souffrance personnelle et familiale importantes, tant durant l'enfance qu'à l'âge adulte. Deuxièmement, en termes de conséquences psychosociales tant en ce qui touche à la

formation scolaire et professionnelle qu'au recours répété aux services médicaux et/ou sociaux, avec d'importantes retombées sociales et économiques, et ceci pendant une bonne partie sinon toute la vie.

Afin de diminuer les répercussions immédiates et à long terme de ces troubles, on admet généralement que leur traitement devrait être aussi précoce que possible.

Par ailleurs, l'importance de la comorbidité et la fréquence du remplacement symptomatique suggèrent le besoin d'une visée thérapeutique large, qui ne se limite pas à un seul trouble ou à un symptôme unique. En effet, l'importance des répercussions médicales, sociales et économiques des troubles psychiques de l'enfant et de l'adolescent et leur tendance à se prolonger à l'âge adulte, rendent discutable le recours exclusif à des traitements – pharmacologique ou autres – de portée purement ou principalement symptomatique [16]. L'apparente rentabilité économique et l'efficacité à court terme de ces traitements sont à mettre en rapport avec les coûts sociaux et médicaux très élevés de la chronicité. Il semble raisonnable de s'attendre à ce que des traitements tenant compte de la globalité de la personne et visant une résolution plus profonde des atteintes psychiques, comme les psychothérapies d'inspiration analytique, accompagnées au besoin de mesures socio-éducatives, puissent contribuer à diminuer leur ten-

dance à la stabilité et la chronicité et s'avérer, à long terme, plus efficaces et plus économiques [13]. Dans d'autres cas, notamment les pathologies les plus lourdes, une combinaison multifocale de diverses modalités de traitement est plus utile déjà à moyen terme, incluant des apports médicaux, logopédiques et éducatifs dans le contexte relationnel des centres de jour ou autres institutions équivalentes [17]. La question se pose en conséquence sur l'efficacité non seulement à court terme mais également à moyen et long terme des divers traitements actuellement à disposition – médicamenteux, psychanalytiques, cognitivo-comportementaux – d'où l'importance de la recherche portant sur leur évaluation. Cette question constitue, à nos yeux, à l'heure actuelle un sujet d'importance capital.

Références

- 1 Roth A, Fonagy P. What Works for Whom? A critical review of psychotherapy research. New York, London: The Guildford Press; 1996.
- 2 Reneric JP, Bouvard MP. Hypothèses étiopatogéniques de l'hyperactivité avec troubles de l'attention de l'enfant. La revue du praticien 2002;52:1994–7.
- 3 Abella A, Gex-Fabri M, Manzano J. Enseignants et cliniciens face aux difficultés des enfants en âge scolaire: une étude longitudinale prospective. Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2001;499:9–18.
- 4 Messerschmitt P. Devenir de l'enfant hyperactif. La revue du praticien 2002;52:2009–12.
- 5 Champion LA, Goodall GM, Rutter M. Behavioural problems in children and stressors in early adult life: a 20-year follow-up of London school children. Psychol Medicine 1995;25:231–46.
- 6 Offord DR, Bennet KJ. Conduct disorder: long-term outcomes and intervention effectiveness. J Am Acad Child Adolesc Psychiatr 1994;33,8:1069–78.
- 7 Campbell SB. Behaviour problems in preschool children: a review of recent research. J Child Psychol Psychiatry 1995;36:113–49.
- 8 Rutter M, Quinton D. Psychiatric disorder – ecological factors and concepts of causation. In: McGurk M, editor. Ecological Factors in Human Development. Amsterdam: Noord-Hollandsche; 1977. p. 173–87.
- 9 Robins LN. Deviant Children Grow Up. Baltimore: Williams & Wilkins; 1966.
- 10 Robins LN, Rutter M. Straight and Devious Pathways From Children to Adulthood. London: Oxford University Press; 1990.
- 11 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;31:243–63.
- 12 Flament MF, Vera L. Treatment of childhood obsessive-compulsive disorder. A review in the light of recent findings. In: Simeon JG, Fergusson HB, editors. Treatment Strategies in Child and Adolescent Psychiatry. New York, London: Plenum Press; 1990.
- 13 Waldron S, Shrier DK, Stone B, Tobin F. School phobia and other neuroses: a systematic study of the children and their families. Am J Psychiatr 1975;132:802–8.
- 14 Harrington R, Fudge H, Rutter M, Pickles A, Hill J. Adult outcomes of childhood and adolescent depression. Arch Gen Psychiatry 1990;47:465–591.
- 15 Ollendick TH, King NJ. Diagnosis, assessment and treatment of internalizing problems in children: the role of longitudinal data. J Consulting Clin Psychol 1994;62:918–27.
- 16 Lasa Zulueta A. Hiperactividad y trastornos de la personalidad. I. Sobre la hiperactividad. Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente 2001;31/32:5–82.
- 17 Fonagy P, Target M. The efficacy of psychoanalysis for children with disruptive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1994;33:45–55.