



La santé mentale de l'enfant : sensibilisation et détection précoce

**Brochure d'information destinée aux cabinets
de pédiatrie et de médecine générale**

Un projet conjoint du département de la santé et du département de psychologie appliquée.

Sommaire

1. 1	Favoriser la santé mentale	3
1.1	Favoriser la santé mentale – facteurs clés et conseils	
1.2	Prévalence des troubles psychiques dans l'enfance	
2.	Détection précoce des troubles psychiques	7
2.1	Troubles anxieux	
2.2	Dépression	
2.3	Outils de dépistage	
2.4	Référer un patient	
3.	Informations complémentaires	13
4.	Bibliographie	14

Cette brochure s'adresse aux pédiatres et aux médecins généralistes qui suivent des enfants scolarisés âgés de 6 à 12 ans. Elle contient des informations destinées à favoriser la santé men-tale et à détecter précocement les troubles psychiques chez les enfants.

1. Favoriser la santé mentale

« La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. » (1)

Nombre de troubles psychiques surviennent déjà dans l'enfance et à l'adolescence. On estime que 10 à 20 % des enfants et des adolescents présentent des symptômes pré cliniques ou cliniques marqués. Les troubles psychiques persistent souvent à l'âge adulte, pèsent sur la personne concernée et sur son entourage et peuvent engendrer des coûts induits élevés. Autant de raisons qui expliquent pourquoi la promotion de la santé mentale et la détection précoce des affections psychiques représentent des tâches clés de santé publique dès l'enfance. Les pédiatres et les généralistes sont les médecins que la population consulte le plus fréquemment, d'où leur fort potentiel en matière de prévention au niveau des soins de santé primaires. Comme les troubles psychiques ne sont souvent pas détectés ou que tardivement dans les cabinets de pédiatrie et de médecine générale, nous avons élaboré un dépliant à l'intention des parents, de même que cette brochure d'information, afin d'attirer votre attention sur cette thématique. Les informations contenues sur la promotion de la santé mentale dans l'enfance et à l'adolescence ont pour but de vous aider à sensibiliser les parents à cette thématique et à l'aborder avec eux.

1.1 Favoriser la santé mentale – facteurs clés et conseils

Le dépliant « Comment favoriser la santé mentale de mon enfant ? » s'adresse aux parents d'enfants âgés de 6 à 12 ans. Il contient dix conseils importants sur la promotion de la santé mentale. Il peut vous servir d'entrée en matière pour aborder la question du bien-être mental de l'enfant et sensibiliser les parents à cette thématique. Un dépliant intitulé « Prends soin de toi » a été élaboré à l'intention des adolescents.

Fondamentalement, on favorise la santé mentale des enfants en renforçant leurs facteurs de protection ainsi que leurs ressources internes et externes. Pour les enfants déjà exposés à plusieurs facteurs de risque, il est recommandé, outre le renforcement de leurs ressources, de chercher à réduire ces facteurs (2). Il conviendrait d'aborder concrètement le besoin d'aide avec les parents qui appartiennent à des groupes vulnérables, comme les familles monoparentales ou les parents dont l'un et/ou l'autre souffre d'une maladie mentale. Il est possible qu'ils n'osent pas exprimer qu'ils se sentent dépassés par les besoins de leurs enfants et adolescents

Plusieurs facteurs qui exercent un impact négatif sur la santé mentale des enfants ne sont pas influençables ou ne le sont que difficilement (p. ex. pauvreté, statut socio-économique peu élevé, maladies des parents, etc.) cependant il en existe qui le sont. Nous y reviendrons plus loin. Pour élaborer le dépliant destiné aux parents, nous avons compilé des facteurs tirés de la littérature scientifique consacrée à la résilience, à la psychologie positive et aux compétences de vie selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (3). L'accent a été mis sur ceux qui sont influençables par les parents et pour lesquels il est possible de donner des conseils pratiques pour la vie quotidienne. Le tableau ci-après énumère dix facteurs de protection ainsi que des conseils pour renforcer chacun d'entre eux, de même que des propositions sur la manière d'identifier l'existence des facteurs de protection.

Dépliant « Comment renforcer la santé mentale de mon enfant ? » comme base de discussion

Afin de connaître l'état de santé mentale de l'enfant et d'évaluer l'existence de ressources, il peut être aidant de poser des questions sur ces facteurs de protection. Ces questions peuvent être posées aussi bien à l'enfant qu'aux parents, étant précisé qu'il est toutefois important de tenir compte du ressenti de l'enfant. La perception qu'il a de lui-même peut diverger de la perception de ses parents, en particulier en présence de troubles intériorisés (4). Le tableau ci-après contient une série d'exemples de questions à poser aux parents, sur la base des conseils figurant dans le dépliant « Comment renforcer la santé mentale de mon enfant ? ». Les questions peuvent être reformulées selon qu'elles s'adressent à l'enfant ou aux parents, par exemple : Aux parents : Quelles sont les forces de votre enfant ?
À l'enfant : Qu'est-ce que tu arrives à faire particulièrement bien ?

Facteurs de protection	Description	Questions à l'intention des parents et de l'enfant
Estime de soi Ressources internes	Valeur que l'on accorde à soi-même. Une haute estime de soi implique que l'on accepte ses forces et ses faiblesses. L'estime de soi résulte de l'environnement social et de l'expérience faite qu'on est important, qu'on a besoin de nous et qu'on peut servir à quelque chose dans la société/à l'école/dans la famille. Une haute estime de soi est un important facteur de protection pour la santé (2, 5).	• Quelles sont les forces de votre enfant ? • Soulignez ces forces : « Je trouve génial que tu... » ou « Tu arrives très bien à... ». • Votre enfant comprend-il que la critique peut aussi être importante parfois ? Comment pouvez-vous le lui expliquer ? Faire des erreurs, ce n'est pas un aveu de faiblesse. Les critiques peuvent nous aider à nous améliorer. • Quand/comment votre enfant entend-il de votre part : « Nous t'aimons comme que tu es » et « Tu n'as pas besoin d'être meilleur que les autres pour être digne d'intérêt » ? • Valorisez-vous les efforts consentis par votre enfant ? Comment fêtez-vous ensemble les progrès, même s'ils sont petits ?
Capacité à résoudre des problèmes Ressources internes	Être capable d'aborder des problèmes ou des défis dans différents domaines de la vie de manière constructive. Parmi elles figurent par exemple l'adoption de stratégies appropriées ou la division d'un grand problème en petites actions (3, 6).	• Comment votre enfant procède-t-il lorsqu'il fait face à un problème ? • Votre enfant sait-il où demander de l'aide ? • Laissez-vous votre enfant résoudre des problèmes seul ? Ne l'aidez-vous que si c'est nécessaire, p. ex. en planifiant ensemble de petites étapes réalisables ? • Même si c'est parfois difficile, dites-vous que votre enfant apprend de ses échecs. Aidez-le à se remettre en selle. Votre enfant doit apprendre à ne pas abandonner trop vite.
Auto-efficacité Ressources internes	Appréciation personnelle de ses propres compétences et conviction subjective qu'on est capable de réaliser ou d'apprendre quelque chose. L'efficacité personnelle est liée au sentiment de cohérence tel que décrit dans le concept de la salutogenèse* (2, 7).	• Votre enfant a-t-il des tâches dont il est responsable, p. ex. des tâches ménagères ? • Quelles actions ou tâches votre enfant peut-il exécuter de manière autonome ? Par exemple cuisiner, réparer quelque chose, s'occuper d'un animal domestique, aider quelqu'un ou fabriquer quelque chose. • Ce type d'expériences positives est important, il montre à votre enfant qu'il peut faire une différence.
Optimisme Ressources internes	Attente positive par rapport à des évolutions futures. Voir le bon côté des choses de la vie, avoir des perspectives positives, percevoir la vie comme un cadeau. Une attitude positive aide à avancer dans les situations difficiles (2, 8, 9).	• Aidez-vous votre enfant à développer une perspective positive, même en cas d'expérience négative ? Après la pluie viendra le beau temps ! • Est-ce que vous échangez avec votre enfant sur les expériences du jour ? Parlez-vous tous les deux de ce qui s'est bien passé et moins bien passé pendant cette journée ? Un rituel du soir peut aider votre enfant à terminer la journée sur une note positive et à avoir un sommeil réparateur. • Demandez-vous à votre enfant d'écrire ou de dessiner une expérience positive chaque jour, p. ex. dans un journal ? Avoir une attitude positive, c'est une question d'entraînement.
Gestion des émotions Ressources internes	Capacité de percevoir, de reconnaître et de gérer correctement des émotions. Il est possible d'apprendre différentes stratégies pour gérer les émotions. Contrôler son impulsivité est un exemple parmi d'autres aspects clés indispensables à la gestion des émotions (9, 10).	• Êtes-vous à l'écoute des émotions de votre enfant ? Est-ce que vous mettez des mots sur ses émotions, p. ex. : « Est-ce que tu es triste/en colère/déçu ? » • Êtes-vous attentif à votre enfant et lui posez-vous des questions lorsque votre enfant vous raconte une situation difficile ? • Réfléchissez-vous ensemble à des stratégies permettant à votre enfant de gérer ses émotions ? Par exemple, s'il est triste, faire un câlin à ses parents ou à une peluche, ou encore se distraire. • Montrez-vous l'exemple en parlant ouvertement de la manière dont vous gérez vos émotions ? Parlez-vous de vos émotions et expliquez-vous comment vous les gérez de façon constructive ? Les enfants acquièrent de nombreux schémas comportementaux en observant leurs parents.

Facteurs de protection	Description	Questions à l'intention des parents et de l'enfant
Détente Ressources internes	Espace dans lequel un enfant peut décider librement ce qu'il veut faire et où il a du temps à disposition pour lui-même. Disposer d'un temps suffisant pour se détendre aide à garder son équilibre et à mieux gérer les situations de stress (9).	• Quelles activités permettent à votre enfant de se détendre ? (p. ex. lire ou écouter de la musique). • Votre enfant dispose-t-il de temps chaque jour pour s'occuper lui-même et se détendre ? • Il est aussi important de ne rien faire car cela permet de mieux gérer les périodes de stress.
Ambiance familiale Ressources externes	Atmosphère qui règne entre les membres de la famille. Une bonne ambiance familiale est une ressource pour les enfants. Elle implique que la famille est perçue comme un soutien et une ressource fiable et qu'il est possible de développer un sentiment de sécurité et de confiance. Les référents fiables extérieurs à la famille peuvent également jouer un rôle de soutien (2, 11).	• Prévoyez-vous régulièrement du temps pour que votre enfant puisse faire une activité intéressante avec sa mère ou son père ou avec ses deux parents ? • Qui décide des activités ? Décidez-vous ensemble ou laissez-vous à chaque fois un membre différent de la famille décider de ce que vous allez faire ensemble ? • Réglez-vous les conflits entre membres de la famille de manière juste, en écoutant tout le monde et en justifiant les décisions ? • Structurez-vous le quotidien ? Les rituels de tous les jours comme un repas partagé créent des repères. Il n'est pas toujours nécessaire d'organiser une journée à l'extérieur.
Amis / soutien social Ressources externes	Référents du même âge (amis) ou plus âgés extérieurs au noyau familial (p. ex. proches, enseignants, moniteurs/monitrices). Le soutien social offert par des amis ou des référents est une ressource importante, étant précisé que le nombre d'amis/de référents est moins important que la qualité de la relation (2, 11).	• Les vrais amis se soucient les uns des autres, se respectent, se laissent des libertés et font des choses que les deux personnes ou tout le monde apprécient. • Discutez-vous avec votre enfant des amis qui le font se sentir bien et de la façon dont les enfants peuvent contribuer à lier et à entretenir de vraies amitiés ? • Donnez-vous à votre enfant la possibilité de voir d'autres enfants, par exemple dans le cadre d'un passe-temps commun ou chez vous ?
Nature Ressources externes	Inclut les plantes, les animaux, les eaux et les roches. Plusieurs études attestent que la nature/les espaces verts exercent une influence positive sur la santé mentale des enfants (12, 13). Les enfants devraient donc régulièrement être au contact de la nature.	• Allez-vous dans la nature avec votre enfant, par exemple dans la forêt ou au bord d'une rivière ? • Que faites-vous dans la nature ? À quelles activités votre enfant s'adonne-t-il volontiers quand il est dehors ?
Activité hors ligne Ressources externes	Activités qui n'impliquent pas l'utilisation de médias numériques. Des études font état de la corrélation entre la consommation de médias numériques dans l'enfance et le manque d'activité physique, l'obésité et la qualité du sommeil. Il existe également des liens avec des troubles psychiques comme la dépendance, la dépression et les angoisses, étant précisé que le lien de causalité n'a pas été clairement identifié (14–16). Il faut dès lors prévoir régulièrement des temps hors ligne, pour pratiquer d'autres activités, p. ex. des activités sociales ou dans la nature. Sommeil : les enfants âgés de 6 à 12 ans devraient dormir 9 à 12 heures par jour (17). Il faudrait éteindre tous les écrans environ une heure avant d'aller se coucher (18).	• Fixez-vous des créneaux sans médias numériques (smartphone, tablette, ordinateur, télévision, etc.), par exemple pas d'accès aux réseaux sociaux avant les devoirs ou pendant les repas ? • Votre enfant utilise-t-il souvent des médias numériques avant d'aller se coucher ? • Votre enfant dort-il suffisamment ? Combien d'heures de sommeil a-t-il ? • Vous intéressez-vous à ce que votre enfant fait en ligne ? Lui demandez-vous quelles activités numériques il aime particulièrement et pourquoi ? Vous intéressez-vous à ces activités ? • Définissez-vous également des créneaux hors ligne pour vous-même, pour que votre enfant voie que vous êtes capable, vous aussi, de ne pas utiliser les médias numériques pendant une période donnée ?

Salutogenèse : Science qui étudie les facteurs favorisant la santé et les processus sous-jacents, à l'inverse de la pathogenèse, qui décrit les causes des maladies. Dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, la salutogenèse désigne une approche qui se concentre sur la prévention des maladies et la promotion de la santé, ainsi que sur le renforcement des ressources individuelles et sur les facteurs de protection. Le concept clé de la salutogenèse a été développé par Aaron Antonovsky (19).

1.2 Prévalence des troubles psychiques dans l'enfance

Lorsqu'il est question des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents, il faut toujours considérer également l'âge de développement.

« Un enfant ou un adolescent souffre d'un trouble psychique lorsque son comportement et/ou son vécu est anormal en tenant compte de l'âge de développement et/ou qu'il entraîne une limitation » (20).

Nombre de troubles psychiques apparaissent déjà à un âge précoce. Selon des études internationales, 10 à 20 % des enfants souffrent d'un trouble psychique (21, 22). En font partie les enfants qui présentent des symptômes précliniques, qui doivent également être suivis de près par les pédiatres ou les médecins généralistes. Les troubles anxieux et les troubles extériorisés comptent parmi les troubles psychiques les plus fréquents dans l'enfance (22). À l'adolescence, les dépressions, les troubles liés à la consommation de substances et les troubles alimentaires sont plus fréquents (22). En Suisse, on dispose d'un nombre relativement faible de données sur la prévalence des troubles psychiques chez les enfants et les adolescents (23), d'où l'impossibilité de fournir des taux de prévalence pour tous les types de troubles. La seule étude représentative, qui date de 1994, fait état d'un taux de prévalence sur six mois de 22,5 % pour le groupe d'âge de 6 à 17 ans (24). Elle a montré que 11,4 % des enfants souffrent d'un trouble anxieux, 6 % d'un tic et 5,3 % d'un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) (24). L'étude BELLA, tirée du sondage allemand sur la santé des enfants et des adolescents (Kinder- und Jugendgesundheitssurvey, KiGGS), a analysé des données portant sur la période 2009–2012. Elle a montré que 17,2 % des enfants et des adolescents âgés de 3 à 17 ans présentaient des symptômes ou cliniques significatifs de troubles psychiques (25). D'autres troubles qui peuvent survenir fréquemment dans l'enfance sont, par exemple, les troubles dépressifs, les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) et l'autisme (26–29). Les troubles d'adaptation sont également assez fréquents dans la pratique, mais il existe trop peu de littérature scientifique sur le sujet, si bien qu'il manque des taux de prévalence actuels (30).

Plusieurs troubles qui surviennent dans l'enfance et à l'adolescence disparaissent à nouveau, tandis que d'autres présentent une probabilité plus élevée de persister à l'âge adulte. Parmi ceux-ci figurent notamment les troubles anxieux, les troubles émotionnels, les troubles obsessionnels compulsifs et les troubles des conduites (20).

Les troubles anxieux et les dépressions comptent parmi les troubles psychiques plutôt « silencieux », c'est pourquoi ils sont généralement considérés comme peu visibles ou dérangeants par les référents, et plus particulièrement à l'école. Partant, la probabilité de les diagnostiquer est moins grande. C'est pourquoi les troubles anxieux et les dépressions dans l'enfance sont décrits séparément dans la présente brochure. En comparaison des troubles « silencieux », les troubles hyperkinétiques, les tics et les troubles des conduites se remarquent plus facilement et ils sont moins susceptibles d'être ignorés (31), étant précisé que chez les filles, des troubles comme les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité sont souvent diagnostiqués tardivement, leurs symptômes étant moins visibles. Les enfants atteints d'un trouble psychique souffrent plus souvent d'un trouble psychique à l'âge adulte que ceux qui ne présentent aucun trouble psychique. Il est donc crucial de détecter et de traiter les troubles psychiques de manière précoce, afin de prévenir la souffrance et les coûts induits à l'adolescence et à l'âge adulte. Des études montrent que plus ils sont traités tôt, plus le pronostic à court et long terme est bon (29, 32).

2. Détection précoce des troubles psychiques

Il y a trois points importants pour lesquels l'appréciation de troubles ou symptômes psychiques chez les enfants et les adolescents se distingue de celle des adultes (33) :

- Chez les enfants, le lien avec le développement est très important. Les comportements normaux chez un enfant en bas âge peuvent plus tard être révélateurs d'un grave trouble psychique.
- Les enfants vivent dans un cadre familial qui exerce une forte influence sur les symptômes et le comportement de l'enfant. Ainsi, les enfants dont les parents souffrent d'une maladie psychique sont plus à risque de développer eux-mêmes un trouble psychique.
- Les enfants ne disposent souvent pas des compétences langagières ou cognitives nécessaires à décrire précisément leurs symptômes, d'où l'importance que le médecin observe lui-même l'enfant et recueille des informations auprès de la famille et de l'école.

Dans de nombreux cas, il est difficile de distinguer les problèmes de développement, de comportement (p. ex. résultats scolaires en baisse, retard dans l'acquisition du langage, compétences sociales déficitaires) et les problèmes d'origine psychique. Dans ces cas de figure, il faudrait compléter l'examen clinique par des tests de développement et neuropsychologiques, afin d'en tirer d'éventuels diagnostics différentiels (33). Pour les problèmes de développement et de comportement, les diagnostics différentiels possibles peuvent être, par exemple, des difficultés d'apprentissage dues à un problème de dyslexie, à des problèmes cognitifs, à une situation de harcèlement à l'école, à des difficultés avec l'enseignant ou à une situation familiale difficile (p. ex. divorce, violence, alcool). En tant que pédiatre ou médecin généraliste, vous jouez un rôle important pour ces diagnostics différentiels, étant donné que vous connaissez bien l'environnement de l'enfant.

Nous abordons ci-après les symptômes liés aux troubles anxieux et aux dépressions dans l'enfance.

2.1 Troubles anxieux

La manifestation sans doute la plus fréquente d'un trouble anxieux chez les enfants et les adolescents est le refus d'aller à l'école. Selon la cause, on distingue l'angoisse de séparation, la phobie sociale, la phobie des examens et la phobie scolaire au sens strict (cf. 34). Au moment d'apprécier la situation, il faudrait toujours tenir compte de l'éventualité que l'enfant soit victime de harcèlement à l'école ou présente une difficulté d'apprentissage. De tels problèmes scolaires peuvent également induire un trouble de l'adaptation (avec signes d'angoisse). En résolvant le problème, on aboutit souvent à une situation où l'enfant retourne volontiers à l'école et les symptômes disparaissent.

Certains enfants se plaignent directement de leurs angoisses, qu'ils expriment par exemple de la manière suivante :

- « J'ai peur de ne plus jamais te voir » (angoisse de séparation).
- « J'ai peur que les autres enfants se moquent de moi » (phobie sociale).
- « Je ne peux pas aller à l'école parce que j'ai mal au ventre » (symptômes somatiques).

Chez certains enfants, le mal-être qu'ils ressentent se cache derrière des troubles somatiques, ce qui peut compliquer la détection d'un éventuel trouble anxieux. Les troubles somatiques liés à un trouble anxieux sous-jacent se manifestent souvent sous forme de maux de ventre non spécifiques, de nausées et de maux de tête. Il ressort par ailleurs de plusieurs études de longue durée que nombre d'enfants qui présentent des symptômes somatiques, en particulier des maux de ventre, souffrent d'un trouble anxieux sous-jacent (35).

Dans l'enfance et à l'adolescence, la classification statistique internationale des maladies et problèmes de santé connexes (CIM) 10 distingue quatre types de troubles anxieux (36) :

- Angoisse de séparation de l'enfant (F93.0)
- Trouble anxieux phobique de l'enfance (F93.1)
- Anxiété sociale de l'enfance (F93.2)
- Autres troubles émotionnels de l'enfance (F93.8)

Trouble	Symptômes	Critères d'exclusion	Durée
Angoisse de séparation de l'enfance	Angoisse excessive/irréaliste liée à l'attente du retour des parents ou d'autres référents ou à la séparation avec eux	Anxiété généralisée	4 semaines au minimum
Trouble anxieux phobique de l'enfance	Craintes anormales, persistantes et intenses par rapport à certains objets, situations ou animaux qui ne présentent aucun danger réel	Anxiété généralisée	4 semaines au minimum
Anxiété sociale de l'enfance	Peur persistante dans des situations sociales en présence d'inconnus ou de personnes du même âge. Grande partialité, gêne ou encore inquiétude excessive sur l'adéquation de son propre comportement vis-à-vis d'inconnus.	Anxiété généralisée	4 semaines au minimum
Autres troubles émotionnels de l'enfance	Crainte disproportionnée ou injustifiée et incontrôlable dans différentes situations et domaines de la vie : crainte sur des banalités comme la non-ponctualité, l'adoption d'un comportement adéquat, les performances scolaires ou sportives ou encore le nombre d'amis.		6 mois au minimum

(adapté de 31)

2.2 Dépression

Les dépressions comptent au rang des troubles émotionnels. Les troubles dépressifs se caractérisent par des épisodes dépressifs ou une perte de plaisir, accompagnés d'autres symptômes cognitifs, comportementaux ou neurovégétatifs qui affectent fortement la capacité de fonctionnement de la personne concernée (CIM-11, sous 20). Les dépressions comptent parmi les troubles les plus fréquents chez les enfants et les adolescents (37). Les troubles dépressifs purs sont toutefois plutôt rares chez les enfants et les adolescents ; il existe souvent un trouble co-morbide, le plus fréquemment en association avec des troubles anxieux (20). Les symptômes dépressifs peuvent également prédominer lors d'un trouble de l'adaptation, d'où la présentation ci-après des symptômes liés à un trouble de l'adaptation :

- Dans la petite enfance, les symptômes dépressifs peuvent se traduire par un comportement inhibé, une angoisse de séparation et une baisse de l'élan vital.
- Dans l'enfance, les symptômes dépressifs peuvent se traduire par de la tristesse et des pleurs face à un refus des parents, un isolement social des membres de la famille et des amis, des troubles de l'endormissement, des troubles de l'appétit, une perte de poids, une péjoration des résultats scolaires, de la fatigue, de l'apathie et de la passivité.
- Chez certains enfants souffrant d'un trouble dépressif, l'humeur dominante n'est pas la tristesse mais l'irritabilité, qui peut s'exprimer sous forme d'hyperactivité et d'un comportement agressif et antisocial (33).
- Ce n'est que plus tard que des symptômes tels qu'une faible estime de soi ou un sentiment de culpabilité apparaissent. En grandissant, certains enfants développent par ailleurs des pensées suicidaires (20).

Les critères de diagnostic selon le CIM-10 ne mentionnent aucun critère spécifique pour les enfants dans les cas de dépressions et de troubles de l'adaptation.

Symptômes et durée de l'épisode dépressif selon le CIM-10 :

Trouble	Symptômes	Durée
Épisode dépressif	Principaux symptômes : Humeur dépressive, morose; perte d'intérêt et absence de joie de vivre ; diminution de l'élan vital associée à une fatigue importante (souvent même après des efforts limités) et diminution des activités. Symptômes complémentaires : Diminution de la concentration et de l'attention ; diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ; sentiments de culpabilité et de dévalorisation ; perspectives d'avenir négatives et pessimistes ; idées suicidaires, actes d'automutilation ou gestes suicidaires ; troubles du sommeil ; diminution de l'appétit.	14 jours au moins

Les dépressions sont classées selon trois degrés d'intensité (léger, moyen ou sévère) ainsi que la durée et la fréquence (en rémission ou récurrent).

Symptômes et durée des troubles de l'adaptation selon le CIM-10 :

Trouble	Symptômes	Durée
Trouble de l'adaptation	État de détresse subjective et de perturbation émotionnelle qui entrave habituellement le fonctionnement et les performances sociales et qui survient au cours d'une période d'adaptation à un changement existentiel important ou à un événement stressant (p. ex. divorce, maladie grave). Critères de diagnostic : A) Stress psychosocial identifiable d'une ampleur extraordinaire ou catastrophique ; apparition des symptômes en l'espace d'un mois. B) Symptômes et troubles des conduites (à l'exclusion des symptômes délirants et hallucinatoires), comme lors de troubles émotionnels (F3), de troubles décrits au chapitre F4 et de troubles des conduites (F91). Les critères liés à chaque trouble ne sont toutefois pas remplis. La nature et l'intensité des symptômes peuvent varier.	au moins 14 jours
Avec réaction dépressive brève (CIM-10 : F43.20)	Épisode dépressif passager d'intensité légère qui ne dure pas plus d'un mois.	< 1 mois
Avec réaction dépressive pro-longée (CIM-10 : F43.21)	Épisode dépressif d'intensité légère en réaction à une situation de stress prolongée mais qui ne dépasse pas deux ans.	< 2 ans

2.3 Outils de dépistage

Les questionnaires de dépistage peuvent aider à détecter des troubles psychiques, d'une part pour identifier d'éventuelles anomalies et, d'autre part, pour servir de base de discussion afin d'aborder d'éventuels sujets problématiques avec les parents et les enfants.

L'accent mis sur les déficits par les outils de dépistage pose toutefois problème à certains enfants ainsi qu'à certains médecins généralistes, d'où la base de discussion orientée sur les ressources présentée dans le chapitre « Favoriser la santé mentale » (1.1). Elle n'est toutefois pas conçue comme un outil de dépistage pour identifier d'éventuels troubles.

Les outils de dépistage mentionnés ci-après ne ciblent pas des troubles spécifiques mais contiennent des échelles en fonction de différents problèmes. Ils ont été retenus car ils sont librement disponibles, présentent des critères de qualité satisfaisants (spécificité/sensibilité), peuvent être réalisés de manière efficace et sont disponibles dans trois langues nationales de la Suisse.

Le questionnaire des forces et des difficultés ou Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) est un outil destiné à évaluer les forces et les anomalies de comportement d'enfants et d'adolescents âgés de 4 à 16 ans (38, 39). Il évalue les forces et les faiblesses dans les domaines suivants : troubles émotionnels, troubles du comportement, hyperactivité, problèmes de comportement avec des enfants/adolescents du même âge et comportement prosocial (de manière complémentaire).

La version longue contient 25 items, avec 5 items par échelle. Ce questionnaire existe en deux versions : l'une pour une évaluation par des tiers, l'autre pour une auto-évaluation (dès 11 ans). <https://sdqinfo.org>

L'évaluation est réalisée à l'aide de modèles ou en ligne si l'on dispose d'un compte utilisateur. Les auteurs du SDQ recommandent l'évaluation en ligne, afin d'éviter les erreurs. <https://sdqscore.org>

Brève instruction pour l'évaluation

Il faut additionner les scores des différentes échelles. « Parfois ou un peu vrai » vaut 1 point, « Pas vrai » ou « Très vrai » vaut 0 ou 2 points selon que la formulation est positive ou négative. Si l'enfant présente des difficultés, on attribue un score plus élevé. Par exemple « a beaucoup de soucis » : « Très vrai » = 2 points / « Pas vrai » = 0 point.

On additionne les scores totaux des échelles (sans le comportement prosocial) ; le résultat se situe entre 0 et 40. Des valeurs limites « Normal », « État limite » et « Anormal » ont été définies pour les différentes échelles ainsi que pour le score total.

Auto-évaluation par l'enfant	Normal	État limite	Anormal
Score total de difficultés	0–15	16–19	20–40
Score troubles émotionnels	0–5	6	7–10
Score troubles comportementaux	0–3	4	5–10
Score d'hyperactivité	0–5	6	7–10
Score troubles relationnels	0–3	4–5	6–10
Score prosocial *	6–10	5	0–4

Évaluation par les parents	Normal	État limite	Anormal
Score total de difficultés	0–13	14–16	17–40
Score troubles émotionnels	0–3	4	5–10
Score troubles comportementaux	0–2	3	4–10
Score d'hyperactivité	0–5	6	7–10
Score troubles relationnels	0–2	3	4–10
Score prosocial *	6–10	5	0–4

* Ici, on vise des scores bas = un comportement peu prosocial est anormal.

Remarque : Les études en lien avec le SDQ proposent en partie d'autres valeurs limites, selon l'échantillon (40, 41).

La liste des symptômes pédiatriques (Pediatric Symptom Checklist, PSC) (42) contient 35 items sur les troubles émotionnels et les problèmes de comportement. Elle vise à évaluer la capacité de fonctionnement psychosocial des enfants et des adolescents âgés de 4 à 16 ans. Il est possible de calculer des scores pour des troubles d'intériorisation, d'extériorisation et d'attention sur la base de certains items. Il existe une version courte qui contient 17 items. La PSC prévoit une évaluation régulière afin de pouvoir observer d'éventuels changements de la capacité de fonctionnement psychosocial.

Elle contient 35 items auxquels il faut répondre par « Jamais », « Parfois » ou « Souvent », avec attribution de 0, 1 ou 2 points. On obtient le score total en additionnant le nombre de points pour chacun des 35 items. Pour les enfants âgés de 4-5 ans, une valeur limite de 24 ou plus élevée indique la présence d'un trouble psychologique. Pour les enfants et adolescents de 6 à 16 ans, une valeur limite de 28 ou plus élevée indique la présence d'un trouble psychologique. Pour la version française, on recommande une valeur limite de 24 (43). Il faut ignorer les items laissés vides (c'est-à-dire que le score est égal à 0). Le questionnaire est considéré comme nul si quatre items ou plus sont laissés vides (42, 44).

Des instructions détaillées sur la réalisation et l'évaluation de la liste ainsi que des propositions sur la manière de discuter des résultats avec les patients sont disponibles, en anglais, sur le site :

www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist/

La version française de la liste est disponible sur le site :

www.massgeneral.org/assets/MGH/pdf/psychiatry/psc/psc-french.pdf

2.4 Référer un patient

En présence probable ou avérée d'un trouble psychique, il est important de procéder à un examen détaillé et, le cas échéant, à un traitement. Les parents (et dès l'adolescence, les jeunes eux-mêmes) devraient être informés de la nécessité de procéder à un tel examen dans les meilleurs délais. Les études montrent en effet que plus un trouble psychique est traité tôt, plus le pronostic est bon, et plus l'effet du traitement est rapide et durable. L'existence de centres de consultation auxquels vous pouvez référer votre patient dépend du contexte régional. Selon les cantons, il peut s'agir de pédiatres spécialisés en pédiatrie du développement, de pédopsychiatres, de pédopsychologues, de psychologues-psychothérapeutes ou du service de psychologie scolaire. Les cliniques et services de psychiatrie pour enfants et adolescents disposent également d'un service d'urgence.

3. Informations complémentaires

Aperçu des troubles psychiques dans l'enfance et à l'adolescence

Steinhausen HC (2019). Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (9. Aufl.). Urban & Fischer Verlag / Elsevier GmbH

Manuel MSD – Version pour les professionnels de la santé (catégorisation selon MSD ; une version grand public est disponible en ligne). À consulter à l'adresse : www.msmanuals.com/fr/professional/p%C3%A9diatrie

von Wyl A, Chew Howard E, Bohleber L, Haemmerle P (2017). Santé mentale et maladies psychiques des enfants et des adolescents en Suisse : prise en charge et épidémiologie. Inventaire des rapports empiriques parus de 2006 à 2016 (publication en allemand avec un résumé en français). Observatoire suisse de la santé (Obsan, éd.). Dossier 62. À télécharger à l'adresse : www.obsan.admin.ch/fr/publications/psychische-gesundheit-und-krankheit-von-kindern-und-jugendlichen-der-schweiz-versorgung

Médias numériques et enfants

Compétences médiatiques – Conseils pour utiliser les médias numériques en toute sécurité. Pour les parents et les professionnels. À consulter à l'adresse : www.zhaw.ch/en/psychology/research/media-psychology/media-education-and-literacy/media-literacy-guide/ (en anglais) et www.jeunesetmedias.ch/fileadmin/user_upload_redesign/Broschüren_Flyer/Broschüre_Tipps_Medienkompetenz/Brosch_Medienkompetenz_ZHAW_0919_FR_bf.pdf

Résilience

Grolimund F & Rietzler S (2017). Der Weg zur inneren Stärke. À consulter à l'adresse www.fritzundfraenzi.ch/dossiers/resilienz

Soutien social, auto-efficacité et compétences de vie

Rapports de Promotion Santé Suisse : <https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/sante-psychique/enfants-et-adolescents/themes-cles.html>

Rapport « La santé psychique au cours de la vie »

https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit/berichte/Rapport_006_PSCH_2016-04_-_La_sante_psychique_au_cours_de_la_vie.pdf

Campagne sur la santé mentale

www.comment-vas-tu.ch

4. Bibliographie

1. WHO. Psychische Gesundheit – Faktenblatt. 2019.
2. Wille N, Bettge S, Ravens-Sieberer U, the BELLA study group. Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17(1):133–47.
3. WHO. Partners in Life Skills Education : Conclusions from a United Nations Inter-Agency Meeting [Internet]. 1999 [consulté le 17 septembre 2019]. À consulter à l'adresse https://www.who.int/mental_health/media/en/30.pdf.
4. Klasen F, Petermann F, Meyrose A-K, Barkmann C, Otto C, Haller A-C, et autres. Verlauf psychischer Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen. *Kindh Entwickl*. 2016;25(1):10–20.
5. Csarich W. Der «gesunde» Selbstwert. Der Selbstwert als gesundheitsprotektiver Faktor in den drei Modellen Salutogenese, Resilienz und Selbstwirksamkeit ("Self-esteem as a health-protective factor in the models of salutogenesis, resilience and self-efficacy") [Internet]. [Graz]; 2014 [consulté le 18 novembre 2019]. À consulter à l'adresse https://www.researchgate.net/publication/285582957_Der_gesunde_Selbstwert_Der_Selbstwert_als_gesundheitsprotektiver_Faktor_in_den_drei_Modellen_Salutogenese_Resilienz_und_Selbstwirksamkeit_Self-esteem_as_a_health-protective_factor_in_the_models_of_sal.
6. Werner EE. Protective factors and individual resilience. In: Shonkoff JP, Meisels SJ, éditeurs. *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge University Press; 2000.
7. Bengel J, Strittmatter R, Willmann H. Was erhält Menschen gesund? Antonovskys Modell der Salutogenese. Diskussionsstand und Stellenwert; eine Expertise. 9e édition nouvelle étendue, Köln: BZgA; 2001. 171 S. (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung).
8. Traub F, Boynton-Jarrett R. Modifiable resilience factors to childhood adversity for clinical pediatric practice. *Pediatrics*. 2017;139(5):e20162569.
9. WHO. Resilience guide for parents and teachers [Internet]. 2019 [consulté le 16 septembre 2019]. À consulter à l'adresse <https://www.apa.org/helpcenter/resilience>.
10. Sucht Schweiz. Tina und Toni. Ein umfassendes Präventionsprogramm für Kinder zwischen 4 und 6 Jahren [Internet]. 2011 [consulté le 24 mars 2020]. À consulter à l'adresse <https://www.tinatoni.ch/de/einfuehrung>.
11. Bethell C, Jones J, Gombojav N, Linkenbach J, Sege R. Positive childhood experiences and adult mental and relational health in a statewide sample: Associations across adverse childhood experiences levels. *JAMA Pediatr*. 2019;e193007–e193007.
12. Hunter MR, Gillespie BW, Chen SY-P. urban nature experiences reduce stress in the context of daily life based on salivary biomarkers. *Front Psychol* [Internet]. 2019 [consulté le 28 octobre 2019]; 10. À consulter à l'adresse <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.00722/full>.
13. McCormick R. Does access to green space impact the mental well-being of children: A systematic review. *J Pediatr Nurs*. Dezember 2017;37:3–7.
14. Gaina A, Sekine M, Hamanishi S, Chen X, Wang H, Yamagami T, et autres. Daytime sleepiness and associated factors in Japanese school children. *J Pediatr*. 2007; 151(5):518–22, 522.e1–4.
15. Genner S, Suter L, Waller G, Schoch P, Willemse I, Süss D. MIKE – Medien, Interaktion, Kinder, Eltern: Ergebnisbericht zur MIKE-Studie 2017. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften; 2017.
16. Lehmkuhl G, Frölich J. Neue Medien und ihre Folgen für Kinder und Jugendliche. *Z Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother*. 2013;41(2): 83–6.
17. Paruthi S, Brooks LJ, D'Ambrosio C, Hall WA, Kotagal S, Lloyd RM, et autres. Recommended amount of sleep for pediatric populations: A consensus statement of the American Academy of Sleep Medicine. *J Clin Sleep Med*. 2016;12(06): 785–6.
18. Walia H. Put the Phone away! 3 Reasons why looking at it before bed is a bad habit [Internet]. Health Essentials from Cleveland Clinic. 2019 [consulté le 13 mai 2020]. À consulter à l'adresse <https://health.clevelandclinic.org/put-the-phone-away-3-reasons-why-looking-at-it-before-bed-is-a-bad-habit>.
19. Knoll N, Scholz U, Rieckmann N. Einführung Gesundheitspsychologie. München: UTB; 2017. 258 S.
20. Steinhausen HC. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. 9e édition, München: Urban & Fischer Verlag / Elsevier GmbH; 2019.
21. Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et autres. Child and adolescent mental health worldwide: evidence for action. *The Lancet*. 22 octobre 2011 ; 378(9801): 1515–25.

22. Petermann F. Zur Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Eine Bestandsaufnahme. *Kindh Entwickl.* 2005; 14(1): 48–57.
23. von Wyl A, Chew Howard E, Bohleber L, Haemmerle P. Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016 (Obsan Dossier 62). [Internet]. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium; 2017. À consulter à l'adresse <https://www.obsan.admin.ch/de/publikationen/psychische-gesundheit-und-krankheit-von-kindern-und-jugendlichen-der-schweiz>.
24. Steinhausen HC, Metzke CW, Meier M, Kannenberg R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: the Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatr Scand.* 1998; 98(4): 262–71.
25. Klasen F, Meyrose A-K, Otto C, Reiss F, Ravens-Sieberger U. Psychische Auffälligkeiten von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Monatsschr Kinderheilkd.* 2017; 165(5): 402–7.
26. Manificat S. Diagnose von Autismus-Spektrum- Störungen heute: Eine umfassende Evaluation im Interesse von Kind und Familie. 2017; 28:4.
27. Mehler-Wex C, Kölch M. Depression in Children and Adolescents. *Dtsch Aerzteblatt Online* [Internet]. 2008 [consulté le 7 avril 2020]. À consulter à l'adresse <https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.2008.0149>.
28. Surén P al, Bakken IJ, Aase H, Chin R, Gunnes N, Lie KK, et autres. Autism spectrum disorder, ADHD, epilepsy, and cerebral palsy in Norwegian children. *Pediatrics.* 2012; 130(1): e152–e158.
29. Walitza S, Van Ameringen M, Geller D. Early detection and intervention for obsessive-compulsive disorder in childhood and adolescence. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020; 4(2): 99–101.
30. Carta MG, Balestrieri M, Murru A, Hardoy MC. Adjustment Disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *Clin Pract Epidemiol Ment Health.* 2009; 5(1): 15.
31. In-Albon T, Schneider S. Angststörungen und Phobien im Kindes- und Jugendalter. *Evidenzbasierte Diagnostik und Behandlung.* Psychotherapeut. 2010; (55): 525–40.
32. Fineberg NA, Dell'Osso B, Albert U, Maina G, Geller D, Carmi L, et autres. Early intervention for obsessive compulsive disorder: An expert consensus statement. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2019; 29(4): 549–65.
33. MSD. Überblick über psychiatrische Störungen im Kindes- und Jugendalter [Internet]. MSD Manual Profi-Ausgabe. 2017 [consulté le 13 février 2020]. À consulter à l'adresse <https://www.msmanuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/psychiatrische-st%C3%B6rungen-im-kindes-und-jugendalter/%C3%BCberblick-%C3%BCber-psychiatrische-st%C3%B6rungen-im-kindes-und-jugendalter>.
34. Melfsen S, Walitza S. Soziale Ängste und Schulangst. *Entwicklungsrisiken erkennen und behandeln.* Beltz GmbH, Julius; 2013.
35. MSD. Übersicht zu Angststörungen im Kindes- und Jugendalter [Internet]. MSD Manual Profi-Ausgabe. 2017 [consulté le 13 février 2020]. À consulter à l'adresse <https://www.msmanuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/psychiatrische-st%C3%B6rungen-im-kindes-und-jugendalter/%C3%BCbersicht-zu-angstst%C3%B6rungen-im-kindes-und-jugendalter>.
36. DIMDI. ICD-10-GM Version 2019 [Internet]. 2019 [consulté le 13 novembre 2019]. À consulter à l'adresse <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2019/block-f90-f98.htm#F93>.
37. CDC. Data and Statistics on Children's Mental Health | CDC [Internet]. Centers for Disease Control and Prevention. 2019 [consulté le 23 mars 2020]. À consulter à l'adresse <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>.
38. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatry.* 1997; 38(5): 581–6.
39. Goodman R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001; 40(11): 1337–45.
40. Silva TBF, Osório FL, Loureiro SR. SDQ: discriminative validity and diagnostic potential. *Front Psychol* [Internet]. 10 juin 2015 [consulté le 30 mai 2018]; 6. À consulter à l'adresse <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4462033>.
41. Woerner W, Becker A, Friedrich C, Rothenberger A, Klasen H, Goodman R. Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Für Kinder- Jugendpsychiatrie Psychother.* 2002; 30(2): 105–12.
42. Jellinek MS, Murphy JM, Little M, Pagano ME, Comer DM, Kelleher KJ. Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1999; 153(3): 254–60.
43. Pediatric Symptom Checklist [Internet]. Massachusetts General Hospital [consulté le 13 mai 2020]. À consulter à l'adresse <https://www.massgeneral.org/psychiatry/treatments-and-services/pediatric-symptom-checklist>.
44. Bright Futures. Instructions for use Pediatric Symptom Checklist [Internet] [consulté le 13 mai 2020]. À consulter à l'adresse <https://www.brightfutures.org/mentalhealth/pdf/tools.html>.

Nous exprimons nos vifs remerciements pour leurs contributions orales et écrites à la présente brochure d'information aux personnes ci-après :

- Dr. med. Anna Pirker, spécialiste FMH en pédiatrie
- Dr. med. Hannes Geiges, spécialiste FMH en pédiatrie
- Dr. med. Sajiv Khanna, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents
- Dr. phil. hum. Alfred Künzler, docteur ès lettres, chef du bureau de coordination du Réseau Santé Psychique Suisse

Adresse de correspondance :

Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)
Département de la santé
Katharina-Sulzer-Platz 9
Case postale
CH-8401 Winterthour

Courriel fgw.gesundheit@zhaw.ch
Site web www.zhaw.ch/takecare

**Un projet conjoint de l'institut des sciences de la santé et
de l'institut de psychologie**



Avec la participation de :



SGKJPP
SSPPEA
SSPPIA

Financé par :



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Le programme de promotion « Interprofessionnalité »

Soutenu par :



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Commande :

Vous souhaitez donner ce dépliant ? Vous le trouverez sur le site www.zhaw.ch/takecare.
Vous pourrez également y commander d'autres exemplaires.