
LES TROUBLES ANXIEUX CHEZ LES ADOLESCENTS

6 MAI 2011

«Quand éducation s'arrime à garçons»
Collège du Mont-Sainte-Anne

JULIETTE NYINAWINKINDI
Infirmière clinicienne

**Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke (CHUS)
Unité des adolescents (pédopsychiatrie).**

**Centre de Santé et des Services Sociaux
Institut Universitaire de Gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS)
Groupe de médecine familiale (GMF) des Grandes Fourches.
juliette.nyinawinkindi@usherbrooke.ca**

OBJECTIFS

1. **Identifier certains troubles anxieux**
2. **Identifier les facteurs associés à l'anxiété**
3. **Reconnaître l'importance des parents**
4. **Participer activement à la prévention, au dépistage, à la recherche de solutions**
5. **Briser des tabous entourant tous les problèmes de santé mentale. (Semaine nationale pour la santé mentale en cours).**

PLAN DE LA PRÉSENTATION

- **Introduction**
- **Adolescence**
- **Jeunes immigrants**
- **Quelques statistiques**
- **Anxiété normale v/s pathologique**
- **Les 3 composantes de l'anxiété**
- **Quelques sensations physiques les plus fréquentes**
- **Facteurs associés à l'anxiété**

PLAN DE LA PRÉSENTATION

(suite et fin)

- **Quelques troubles anxieux :**
 - **Trouble anxieux généralisé (TAG)**
 - **État de stress post traumatique (ESPT)**
 - **Trouble obsessionnel compulsif (TOC)**
 - **Trouble panique avec sans agoraphobie**
 - **Phobie sociale (PS)**
 - **Anxiété de performance**
- **Pistes d'intervention pour les troubles anxieux**
- **Ressources disponibles**
- **Importance des parents**
- **Conclusion**
- **Références bibliographiques-Fin**

INTRODUCTION

- **21^{ème} siècle rime avec la vie confortable, sécuritaire et épanouissante mais vient avec:**
 - Difficultés à s'adapter aux changements continuels et accélérés imposés par les nouvelles technologies, etc.
 - Sentiment de vulnérabilité.
 - Attentes et exigences individuelles et collectives.
 - Manque de temps.
 - Jugement de nos semblables.
 - Sans compter que les médias rapportent les catastrophes des quatre coins du globe avec un empressement et une générosité qui rend le tout indigeste!

ANXIETE

- Une émotion survenant lorsque nous croyons qu'un danger nous menace et qu'il nous paraît inévitable.
- Elle peut devenir **disproportionnée** et **dysfonctionnelle** surtout si nous considérons cette menace comme terrible, catastrophique et inacceptable.

ADOLESCENCE

1. Période d'adolescence :

- Tempête développementale
- Personnalité en construction
- Construction de soi
- Changements physiques et psychologiques

2. Capacités individuelles fortement sollicitées par des nombreux événements stressant .

3. Les risques d'inadaptation plus élevés surtout chez des jeunes qui présentaient des vulnérabilités au terme de leur enfance, ou chez ceux qui ne peuvent pas compter sur un soutien solide de leurs parents.

ADOLESCENCE (suite)

3. Les problèmes sérieux vécus par la minorité :

- **Problèmes extériorisés** : jeune a peu de contrôle sur lui-même
 - Impulsivité
 - Agressivité
 - Problème d'attention
 - Hyperactivité
 - Violence, etc.

ADOLESCENCE (suite)

- ❑ **Problèmes intériorisés** : jeune exerce trop de contrôle sur lui-même
 - Retrait
 - Anxiété
 - Dépression
 - Perte de l'estime de soi, etc.

- ❑ **Face aux stress provoqués par les défis et les échecs** :
 - Les filles ont tendance à réagir de façon intériorisée.
 - Les garçons ont tendance à réagir de façon extériorisée.

ADOLESCENCE (suite)

- **Les filles démontrent des degrés d'anxiété plus élevés et elles sont sur représentées, particulièrement en ce qui a trait à la phobie spécifique.**

Possibilité d'un facteur socio culturel qui pourrait expliquer ces différences de genre : le fait de rapporter l'anxiété est plus accepté par les adultes pour les filles que pour les garçons.
(Harris et Ferrari 1983; Ollendick, Matson et Helsen, 1985).

ADOLESCENCE (suite)

- **Les facteurs anxiogènes différents seraient à la base de l'anxiété vécue par les garçons et les filles** (*Dweck et Bush, 1976*) :
 - Les filles: approbation sociale des adultes.
 - Les garçons: affectés par la perception ou l'évaluation par ses pairs.
- **Les garçons et les filles vivent et rapportent différemment l'anxiété.**
- **Le fait qu'un garçon présente moins de signes évidents d'anxiété ne signifie nullement qu'il n'en vit pas.**

ADOLESCENCE (suite et fin)

- **Le risque de développer un trouble anxieux augmente avec l'âge chez les filles, alors qu'il demeure stable chez les garçons.** (*Hale, Raaijmakers, Muris, Van Hoof et Mesus, 2008*).
- **85 % des adolescents arrivent à surmonter leurs difficultés et à se mobiliser positivement dans leur projet de vie.**
- **« À l'adolescence, on guette dans le miroir le surgissement de soi-même confronté à une image idéale ».** (*Françoise Dolto*).

JEUNES IMMIGRANTS

- **Jeunes dont l'origine ethnique est différente de celle de la majorité doivent souvent porter plusieurs fardeaux supplémentaires :**
 - Problème de la langue : langue maternelle, langue de la société d'accueil.
 - Couleur de la peau est une dimension importante de l'identité sociale.
 - Écart entre la culture d'origine et la culture majoritaire (société d'accueil) : jeunes sont souvent tiraillés entre l'appartenance à leur culture d'origine et leur volonté de se réaliser.

JEUNES IMMIGRANTS

- **Il existe quatre voies d'intégration :**
 1. **Assimilation:** coupure/culture d'origine, adhésion complète à la culture majoritaire.
 2. **Intégration des deux cultures :** engagement actif dans les 2 cultures.
 3. **Séparation:** engagement actif dans sa culture d'origine sans contact avec communauté majoritaire.
 4. **Marginalité:** perte et détachement de ses valeurs traditionnelles sans s'engager dans la communauté majoritaire.

JEUNES IMMIGRANTS (suite et fin)

- L'histoire montre que la marginalité est fortement associée à la mésadaptation sociale et aux problèmes de santé mentale.

Très important :

1. Notre région accueille de plus en plus des familles qui proviennent entre autres des pays ayant vécu la guerre mais éviter « de les étiqueter»; la résilience existe.
2. Risque probable d'atteinte psychologique chez certains parents à cause de plusieurs difficultés vécues dans leur pays.
3. Nous devons garder "un œil vigilant" autour de ces familles.

QUELQUES STATISTIQUES

- **Prévalence de 15 %** suite à une étude réalisée au Québec en 1992 auprès de 2000 enfants âgés de 6 à 14 ans *(Breton et Al., 1999)*
- **Trouble anxieux : Détresse psychologique la plus fréquente chez les enfants et ados** *(Breton 1997, 1999)*
 - **Trouble anxiété de séparation : 3-5 %**
 - **Phobie spécifique : 2,4 – 3,3 %**
 - **Phobie sociale : 2,4 %**
 - **Trouble panique a/s agoraphobie : 1 %**
 - **Trouble anxiété généralisée : 6,7 %**
 - **Trouble obsessionnel compulsif : 2-3 %**

QUELQUES STATISTIQUES (suite et fin)

- **Trouble de stress post-traumatique : 1-36 %** (*Barret et Ollendick, 2004*)
- **Enfants ayant un trouble de déficit de l'attention et d'hyperactivité (TDAH) : Comorbidité d'avoir un trouble anxieux = 20 %.**
- **Chez les 15 à 24 ans :** (*direction santé publique*)
 - Phobie sociale : 15 %
 - Phobies spécifiques : 10 %
 - Agoraphobie : 7%
- **1 jeune sur 2 souffrant d'un trouble anxieux a un risque de comorbidité:** dépression majeure, troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues, ou avec un autre trouble anxieux, comportements suicidaires.

ANXIÉTÉ NORMALE V/S PATHOLOGIQUE

1. Normale

■ Développement normal

- **Jeunes enfants:** personnages imaginaires, noirceur, etc.
- **Enfants d'âge scolaire:** blessures, événements naturels, etc.
- **Enfants plus vieux et adolescents:** performances scolaires, compétences sociales, santé, peur de l'avenir, difficulté d'identité, image corporel, etc.

ANXIÉTÉ NORMALE V/S PATHOLOGIQUE

(suite)

■ Comment elle présente ?

- Durée et intensité normales par rapport stressseurs ou étape de développement.
- Levier positif.
- Pas d'atteinte du fonctionnement.

ANXIÉTÉ NORMALE V/S PATHOLOGIQUE

(suite)

2. Pathologique

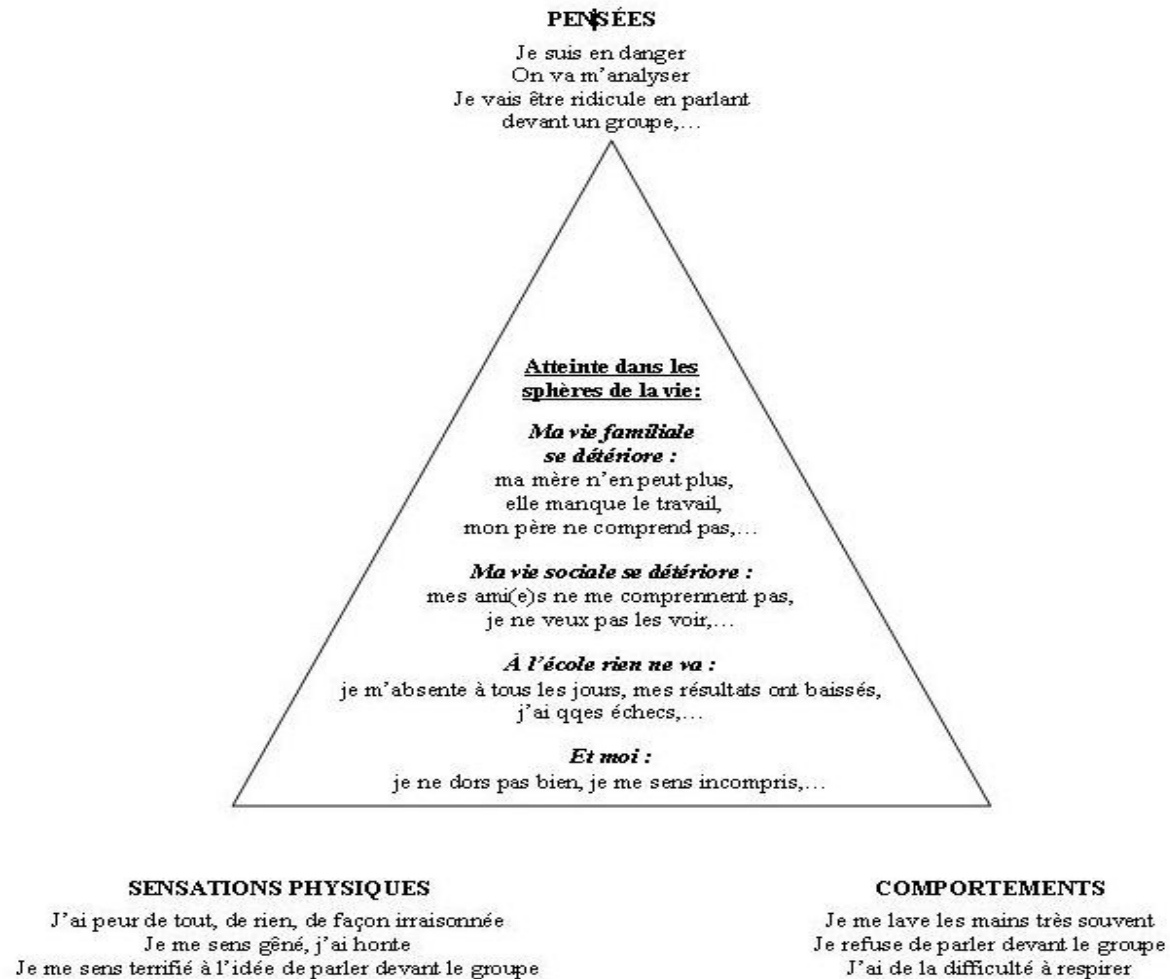
- **Envahissante (pas ponctuelle).**
- **Excessive par rapport à la nature des stressseurs et à l' âge de l'enfant.**
- **Détresse.**
- **Atteinte du fonctionnement :**
 - Rapide
 - Incluant activités plaisantes
- **Développement des troubles anxieux.**

ANXIÉTÉ NORMALE v/s PATHOLOGIQUE

(suite et fin)

Peurs normales	Anxiété
<ul style="list-style-type: none">▪ Conformes à l'âge▪ Épisodiques, finissent par s'atténuer▪ Déclenchées lorsque l'enfant y est confrontée, <u>mais pas en dehors du stimulus</u>▪ On parvient à rassurer l'enfant facilement▪ Ne perturbent pas la vie quotidienne	<ul style="list-style-type: none">▪ Prolongée par rapport à l'âge▪ Fréquente, ne passe pas spontanément, plaintes souvent déclenchées pour des choses non dangereuses et anticipées▪ On ne peut pas rassurer l'enfant▪ Prend de plus en plus de place▪ Perturbe l'école, la vie de famille et du jeune

TROIS COMPOSANTES DE L'ANXIÉTÉ



SENSATIONS PHYSIQUES (les plus fréquentes)

- **Cardiovasculaires et respiratoires :**
 - Palpitations.
 - Dyspnée (difficulté à respirer).
 - Impression d'étouffer / boule dans la gorge.
 - Douleur ou gêne thoracique.
 - Soupirs.
- **Gastro-intestinaux :**
 - Nausées.
 - Vomissements.
 - Douleur abdominale / papillons dans l'estomac.
 - Difficulté à avaler.
 - Ballonnement.

SENSATIONS PHYSIQUES (les plus fréquentes)

(Suite)

■ Neurologiques :

- Étourdissements.
- Tremblements.
- Impression d'évanouissement, de faiblesse.
- Céphalées.

■ Musculo-squeletiques :

- Raideur et douleur cervicale ou dorsale.
- Tic nerveux.
- Tension musculaire.

SENSATIONS PHYSIQUES (les plus fréquentes) (fin)

- **Neurovégétatifs et généraux :**
 - Bouffées de chaleur.
 - Bouche sèche.
 - Cauchemars.
 - Transpiration.
 - Insomnie d'endormissement.
 - Frissons.
 - Sommeil non réparateur et entrecoupé.
 - Fatigue.

FACTEURS ASSOCIÉS À L'ANXIÉTÉ

■ Facteurs pré-disposants :

- Tempérament "inhibé", retrait / évitement face à l'inconnu ou nouveauté.
- Régulation des émotions.
- Relation d'attachement (insécurisant).
- Pratiques parentales (surprotection, tendance à dramatiser, tendance à utiliser l'évitement, etc).
- Exposition à des stimuli anxiogènes, etc.

FACTEURS ASSOCIÉS À L'ANXIÉTÉ (suite)

■ Facteurs précipitants :

- Vécu des événements négatifs (accidents, intimidation, deuil, etc).
- Stresseurs (milieu de vie, milieu scolaire, médias, perte d'emplois des parents, séparation, etc).
- Difficultés relationnelles avec les pairs.
- Difficultés dans la vie quotidienne.
- Consommation des drogues, etc.

FACTEURS ASSOCIÉS À L'ANXIÉTÉ (suite)

- **Facteurs de maintien :**
 - Renforcement des comportements d'évitement.
 - Sentiment d'incompétence.
 - Pratiques parentales (ex : surprotection, manque d'autonomie, etc).
- Tous ces facteurs cumulés contribuent à l'apparition de l'anxiété.
- L'anxiété peut persister et contribuer à des grosses difficultés dans les relations interpersonnelles (tensions familiales et sociales, difficultés académiques, dépression, etc).

FACTEURS ASSOCIÉS À L'ANXIÉTÉ (suite)

■ Facteurs de protection :

- Tempérament «non inhibé».
- Stratégies d'adaptation efficaces (pas évitement).
- Bonne résolution de problèmes.
- Relations d'attachement (Secure).
- Pratiques parentales adéquates / sécurisantes.
- Influence positive des pairs.
- Traitement des psychopathologies des parents.

FACTEURS ASSOCIÉS À L'ANXIÉTÉ (suite et fin)

■ Facteurs d'amélioration :

- Identification des symptômes physiologiques.
- Auto évaluation réaliste.
- Restructuration cognitive.
- Exposition.
- Techniques de résolution de problèmes.
- Relation de soutien avec les pairs.
- Prévention des rechutes.

TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE-TAG

- **Peur intense, excessive et persistante r/a présence chronique d'inquiétudes incontrôlables.**
- **Impression de vulnérabilité ou manque de confiance en ses propres ressources :**
 - **Les pensées** : tourbillon d'inquiétudes (performance, santé, problèmes dans le monde, situations nouvelles, incertaines, etc.)
 - **Les sensations physiques** : voir les plus fréquentes.
 - **Les comportements** : évitement ou affrontement avec grande détresse.
 - **Fonctionnement quotidien altéré** : famille, amis, école.

TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE - TAG (suite)

■ Quelques indices à observer pour le TAG:

➤ **Finance :**

- Inquiétudes : manque d'argent des parents.
- Besoin d'être rassuré fréquemment.

➤ **Sécurité :**

- Peur : malheur parents / fratrie.
- Peur : ce qu'il voit TV, produits toxiques, des ponts, peur de se perdre.

➤ **Maladie :**

- Besoin d'être rassuré pour la santé.
- Sa réaction face symptôme mineur.
- Inquiet pour la santé des parents.

TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE- TAG (suite et fin)

- **Quelques indices à observer pour le TAG (suite):**
 - **Nouveauté :**
 - Refus d'explorer nouveauté.
 - Refus d'aller : fête, journées pédagogiques.
 - Refus rentrée scolaire.
 - Refus de prendre des cours pour activités qu'il aime.
 - **Performance :**
 - Anxiété significative avant les examens avec difficulté de dormir.
 - Baisse significative de la performance au moment de l'examen.
 - **Difficile de le rassurer :** poser les mêmes questions sans arrêt.

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

Tableau clinique très variable, comporte une multiplicité de symptômes.

- **État de stress post-traumatique «aigu»** : symptômes durant une période de moins 3 mois.
- **État de stress post-traumatique «chronique»** : symptômes durant une période de 3 mois ou plus.
- **Tableau clinique depuis 2 à 28 jours** : diagnostic d'état de stress aigu.
- Ensemble de symptômes doit durer depuis plus d'un mois et entraîner une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, scolaire, familial.

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

(suite)

- **Exposition à un événement jugé traumatisant :**
 - Sa vie ou celle de quelqu'un d'autre a été en danger ou intégrité a été menacée.
- **Reviviscence de l'événement :**
 - Flashback / dessins.
 - Cauchemars (chez les enfants souvent).
 - Impression incident est en train de se produire de nouveau.
- **Évitement des stimuli associés :**
 - Éviter conversations, personnes, endroits qui rappellent ce qui est arrivé.
 - Difficulté à exprimer tout type d'émotion.
 - Avoir l'impression que l'avenir est «bouché» : l'avenir ne lui réserve rien.
 - Perte d'intérêt pour des activités importantes.

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

(suite)

■ **Activation neurovégétative :**

- Difficulté de concentration, problèmes de sommeil.
- Hyper-vigilance, réaction exagérée de sursaut.
- Irritabilité, accès de colère.

■ **Traumatisme similaire :**

- Jeunes filles vont manifester plus de symptômes que les garçons et vivre ces symptômes plus intensément (*Saul, Grand et Courter, 2008*).

■ **Expériences de violence : origine d'ESPT**

- Entre 13% et 50% des jeunes exposés à la violence conjugale vont développer un ESPT (*Margolin et Vickerman, 2007*).

ÉTAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE

(suite et fin)

- **Quelques indices à observer pour l' ESPT:**
 - Le comportement du jeune a-t-il subitement changé?
 - Le jeune a-t-il vécu un événement difficile dernièrement?
 - Est-il souvent inattentif et dérangé par une pensée?

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

TOC

➤ **Obsession :**

- Idée intrusive et récurrente avec un sentiment de malaise anxieux.
- Idée obsédante assiège l'enfant qui ne peut s'en défaire.

➤ **Compulsions :**

- Comportements répétitifs.
- Rituels soumis à des règles inflexibles.

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

(Suite)

■ Rituel :

- Acte accompli de façon répétitive, soulage partiellement l'angoisse
- Mais cet acte devient lui-même impératif
- L'enfant lutte avec plus ou moins d'angoisse contre ses obsessions et ses compulsions qui sont la plupart du temps reconnues comme excessives et déraisonnables pour l'enfant lui-même versus l' âge.

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

(suite)

Quelques manifestations du TOC

Thème	Obsession	Compulsion	Répercussion
Contamination	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peur de la contamination (grippe, ITSS, saleté...) ■ Peur que contaminants le rendent malade 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lavage excessif ou ritualisé des mains ou des parties du corps ■ Précautions excessives 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Honte ■ Restriction déplacements
Doute	<ul style="list-style-type: none"> ■ Peur d'être responsable d'une chose terrible ■ Peur de se débarrasser de quelque chose d'important 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vérification des portes, verrous, ... ■ Vérification que rien de terrible n'est survenu à soi ■ Accumulation / ramassage 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sentiment de responsabilité exagéré ■ Culpabilité ■ Perte de temps considérable (plus d'une heure par jour)
Symétrie et ordre	<p>Ex. : Crainte qu'une personne subisse accident si tout n'est pas à sa place</p>	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ordre, arrangement méticuleux et symétrique ■ Besoin d'exécuter des gestes de façon symétrique/ritualisée 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Lenteur excessive pour exécuter une tâche ■ Souffrance lorsque les objets sont en désordre ou asymétriques

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

(suite)

Selon *Ye, Rice et Stroch, 2008* : entre 75% et 80% des jeunes ayant TOC vont développer au moins un autre trouble de santé mentale

- Ces jeunes peuvent aussi avoir :
 - Faible estime d'eux-mêmes.
 - S'autocritiquer et se dénigrer régulièrement.
 - Difficultés dans les relations interpersonnelles.
 - Risque de souffrir d'isolement.

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

(suite et fin)

- **Quelques indices à observer pour le TOC:**
 - L'enfant fait-il des gestes ou des actions de façon répétée ou ritualisée?
 - L'enfant devient-il très anxieux lorsqu'on l'empêche d'exécuter ces actions?

TROUBLE DE PANIQUE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE

- **Peur intense, excessive, persistante de faire des attaques de panique (AP) .**
- **Surtout peur des conséquences liées à ces attaques.**
- **Attaque de panique n'est pas nécessairement synonyme de trouble panique :**
 - La panique réveille-t-elle le sujet la nuit?
 - Est-elle spontanée? *
 - Est-elle récurrente?
 - Le jeune est-il régulièrement préoccupé* depuis au moins 1 mois par les attaques ou leurs conséquences?

Qques critères d'une attaque de panique_(suite)

- Palpitations , battements de cœur
- Transpiration
- Sensations de «souffle coupé» impression d'étouffement
- Douleur ou gêne thoracique
- Nausée ou gêne abdominale, etc

Minimum 4 symptômes/brutale/10 minutes.

TROUBLE DE PANIQUE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE (suite)

■ **Pensées :**

- Crainte de faire d'autres AP.
- Préoccupations p/r conséquences des AP : peur de mourir, de perdre le contrôle, de devenir fou, de s'évanouir, ...

■ **Sensations physiques:** voir les plus fréquentes.

■ **Comportements :**

- Évite endroits où il serait difficile d'obtenir de l'aide si il avait une attaque (agoraphobie).
- Ex. endroits : transports en commun, cinéma, être seul à la maison, les foules, etc.

TROUBLE DE PANIQUE AVEC OU SANS AGORAPHOBIE (suite et fin)

■ Quelques indices à observer :

- Déjà vécu une AP.
- Peur d'avoir quelque chose de grave.
- Endroits évités par peur d'être soudainement pris d'un malaise et de ne pas avoir d'aide.

■ À la question : **qu'est-ce qui te fait peur?**

- La réponse doit être liée aux symptômes physiques et leurs conséquences et non pas à une situation ou un objet spécifique.

TROUBLE DE PANIQUE v/s PHOBIE SOCIALE

Éléments à questionner	Trouble panique	Phobie sociale
Que craint-il qu'il lui arrive?	Peur de ne pas recevoir d'aide ou d'avoir de la difficulté à sortir rapidement de la foule en cas d'attaque	Évitera les foules ou les rassemblements de peur que les gens se moquent de lui
Type de crainte	S'installera près de la porte au cas où...	S'assoira dans le fond du restaurant à l'écart des regards
Attaques de paniques	Spontanées , càd ne sont pas provoquées par une pensée ni par un événement Symptômes sont d'ordre cardio-vasculaire Peur malaise/public	Ne sont jamais spontanées , le jeune craint principalement d'être au centre de l'attention des gens derrière lui (ex. : file d'attente)

PHOBIE SOCIALE – PS

- S'installe souvent précocement dans l'adolescence, chez des jeunes déjà prédisposés par la timidité.
- Peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou situations de performance où le jeune pourrait être en contact avec des gens non familiers ou être exposé à l'observation d'autrui.

PHOBIE SOCIALE – PS (suite)

Situations sociales déclenchent :

- **Pensées automatiques / cognitif :**
 - Faible estime de soi.
 - Manque d'assurance.
 - Hypersensibilité à la critique et à la surévaluation de la probabilité d'un échec.

- **L'augmentation de l'anxiété cause des réactions physiologiques :**
 - Tremblements.
 - Bafouillage.
 - Rougissement.

PHOBIE SOCIALE – PS (suite)

- **S'ensuit des comportements :**
 - Baisse de performance.
 - Évitement renforcé.
 - Échappement.
- **Bien que le jeune reconnaisse le caractère excessif de sa peur, il évite le plus souvent les situations sociales ou de performance.**

PHOBIE SOCIALE – PS (suite et fin)

Le diagnostic n'est justifié que si :

- L'évitement, la peur ou l'anticipation anxieuse entrave de façon importante le fonctionnement social et professionnel.
- Si le jeune ressent une souffrance marquée liée à la phobie.
- **La peur sociale peut parfois être en rapport à l'apparence physique (taille, poids, etc.)**
- **Les relations avec le sexe opposé apparaissent comme une grande difficulté pour ces ados, peu d'amis, évite cours de récréation, cafétéria, etc.**

ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE

- **Anxiété caractérisée par une forte appréhension face aux évaluations ou à toute autre situation où on peut se sentir jugé.**
- **L'anxiété de performance commencerait à se développer dès les années préscolaires et scolaires.**

ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE (suite)

- **L'anxiété de performance prendrait naissance dans l'interaction entre l'enfant et ses parents, en particulier, lorsque :**
 - La «performance» de l'enfant ne correspond pas aux attentes souvent irréalistes
 - Parent toujours insatisfait
- **Symptomatique d'une société où la performance et la réussite individuelle sont extrêmement valorisées.**

ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE (suite)

■ Manifestation associées :

- Perfectionnisme / attentes exagérées.
- Troubles somatiques à l'approche des échéances (migraines, symptômes digestifs, etc.).
- Évitement d'activités où la réussite est incertaine.
- Ne se manifeste pas uniquement dans les études; aussi travail, sport ou activités artistiques.

ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE (suite)

■ Attitudes et croyances :

- Attributions succès / échecs : au-delà du succès : prouver sa valeur, le jeune ne se sent jamais à la hauteur de ses idéaux de réussite.
- Amour d'autrui lié à la réussite : sa valeur dépend uniquement de ses réussites et de ses réalisations : «il faut réussir pour être aimée».
- Pensées négatives sur soi : «si je ne réussis pas, je suis nulle».
- Perception des attentes de l'entourage : réussite des parents, de la fratrie.

ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE (suite)

■ Commentaires de l'enseignant, des parents :

- «Tu peux faire mieux».
- Critiquer l'enfant et non le comportement.
- Critiquer en public.
- Refaire pour lui au lieu de guider / d'encourager.
- Discours moralisateurs.

ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE (suite)

Que peuvent faire les parents ?

- Manifester confiance*
- Affection en toute circonstance*
- Encourager l'enfant à être fier de ses réussites*
- Féliciter, partager ses succès
- Si échec : écoute, affection*
- Prêcher par l'exemple
- Parents et enfants : se fixer des objectifs réalistes, moyens à prendre, réajuster objectifs au besoin*
- Encadrement v/s autonomie
- Outiller face au stress*
- Outiller face aux exigences de la société et du Cégep (Cote R)

ANXIÉTÉ DE PERFORMANCE (suite et fin)

■ Le jeune peut faire quoi?

- Clarifier ce qu'il vit : Prendre conscience des peurs, des croyances qui alimentent l'anxiété.
- Anxiété de performance entraîne des méthodes d'étude inadéquates :
 - En prendre conscience.
 - Trouver des nouvelles façons.
 - Changer attentes / exigences face à lui-même.

PISTES D'INTERVENTIONS R/A Trbles anxieux

1. Jeune :

- ❑ Identifier ce qui se passe / intensité
- ❑ Exprimer ses peurs.
- ❑ Ressortir les 3 composantes de l'anxiété : pensées, sensations physiques, comportements. Il faut les expliquer au jeune.

2. Normaliser ses réactions :

- ❑ Expliquer à l'aide de 3 composantes de l'anxiété.
- ❑ Distinguer le «normal» du pathologique.

PISTES D'INTERVENTION (suite)

3. L'aider à gérer ses pensées catastrophiques :

- ❑ Identifier ce qu'il craint réellement .
- ❑ "Confronter" ses pensées avec la réalité : Questionner, demander ce qu'il ferait si le pire arrivait.
- ❑ Aider l'enfant à formuler des pensées rassurantes et non des pensées trop positives.

4. L'aider à gérer ses sensations physiques :

- ❑ L'aider à reconnaître ses réactions physiques.
- ❑ Insister sur le fait que ses sensations ne sont pas dangereuses.
- ❑ Trouver des techniques de gestion de l'anxiété.

PISTES D'INTERVENTION (suite)

5. **Lui apprendre à gérer ses comportements :**
 - ❑ Si évitement : plus il évite, plus la peur augmente.
 - ❑ Le "pousser" graduellement à confronter ses peurs, avec douceur, mais aussi avec conviction.

6. **Aider / soutenir / informer/ intégrer les parents et personnes significatives**

7. **Éliminer les facteurs de maintien**

PISTES D'INTERVENTION (suite et fin)

8. Des médicaments peuvent être indiqués :

- ❑ Rôle médical.
- ❑ Comorbidité(s) considéré(es).
- ❑ Si une pharmacothérapie s'avère utile, elle ne doit cependant pas se substituer aux autres formes de traitement.

9. Les facteurs d'amélioration aideront durant le suivi

RESSOURCES DISPONIBLES

1. Dans tous les CSSS (anciennement CLSC) il y a des services de première ligne pour les familles et leurs enfants (plan d'action en santé mentale 2005- 2010, ministère de la santé et des services sociaux, MSSS)

- Services offerts par adresse de résidence.
- Services gratuits.
- Intervenants peuvent se déplacer dans les écoles, à la maison.

2. Services de 2^e et 3^e ligne : pédopsychiatrie au CHUS

- Suivi en externe.
- Suivi à l'hôpital de jour.
- Suivi à l'unité des adolescents (hospitalisation).

RESSOURCES DISPONIBLES (suite et fin)

- 3. Ordre des psychologues du Québec 1-800-363-2644**
- 4. Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec 1-877-913-6601**
- 5. Ordre des travailleurs sociaux du Québec 1-888-731-9420**
- 6. Association des troubles anxieux du Québec (ATAQ) www.ataq.org 1-877-251-0083**
- 7. Association des proches de personnes atteintes de maladie mentale de l'Estrie (APPAME) 819 563-1363**

BARRIÈRES À L'UTILISATION DES SERVICES

1. Les croyances parentales :

- ❑ Ça va passer avec le temps.
- ❑ Espoir de régler le problème soi-même.
- ❑ Le problème n'est pas assez grave.
- ❑ 75% des parents.

2. Les barrières psychologiques :

- ❑ Désaccord du conjoint.
- ❑ Réactions négatives du jeune et/ou de la famille, ...
- ❑ 25% des parents.

BARRIÈRES À L'UTILISATION DES SERVICES (suite et fin)

3. **Les barrières instrumentales :**
 - Incertitude au sujet de l'endroit où s'adresser.
 - Coût des services.
 - Distance, etc.

4. **Il est souvent difficile pour les 14 à 25 ans d'apprécier leur état de santé mentale et de requérir une aide professionnelle lorsque des symptômes se manifestent.**

5. **La majorité des jeunes tentent de régler leur problème eux-mêmes ou cherchent de l'aide auprès de leurs amis ou de leur famille.**

IMPORTANCE DES PARENTS

- **Le jeune s'apprêtant à traverser la rivière qui sépare l'enfance de l'âge adulte est loin de pouvoir se passer des guides que sont ses parents.**
- **Il faut composer avec l'adolescent tout comme on a fait avec le bébé au moment où il apprenait à marcher et où il fallait lui faire confiance sans pour autant l'abandonner à son sort.**
- **Présence, chaleur, force : principales qualités pour parents-ados!**
- **Les parents doivent identifier leurs difficultés et trouver des solutions : demander de l'aide peut s'avérer incontournable.**
- **Les parents sont nos co-intervenants.**

CONCLUSION

- **Les troubles anxieux entraînent une détresse importante**
 - Émotif (sensation de peur, etc).
 - Physiologique (dyspnée, souffle court, etc).
 - Cognitif (anticipation négatives, pensées catastrophiques).
 - Comportementale (évitement, etc).
- **Les trois composantes de l'anxiété doivent être toujours évaluées, comprises et expliquées:**
 - Pensées.
 - Sensations physiques.
 - Comportements.

CONCLUSION (suite et fin)

- **Évolution souvent chronique.**
- **Valeur d'un traitement précoce incluant les parents.**
- **Non traités, les problèmes risquent de persister jusqu'à l'âge adulte et de nuire à l'intégration sociale et professionnelle.**
- **À titre informatif : Le Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec(CTREQ) mettra sous peu un programme de gestion du stress des adolescents. (Personne Ressource : Alain Pednault 1-514 529 2842).**

RÉFÉRENCES

1. **Auger M-L. (année non disponible). Sous haute tension: Les troubles anxieux chez les jeunes. (Étudiante au doctorat en psychologie à Université du Québec Trois Rivières).**
2. **Beaucage B. (1997). Anxiété de performance. Bulletin du Service d'Orientation et de Consultation psychologique, volume 10, numéro 2. Octobre 1997.**
3. **Boisvert W. (2000). État de stress post-traumatique. Le Médecin du Québec, volume 35, numéro 8, août 2000.**
4. **Boivin & Zarrelli (2006). Troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. Présentation du 31 Janvier 2006.**
5. **Brochu M. (2010). Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents, Présentation power point de Caroline Berthiaume, psychologue. Clinique d'intervention- troubles anxieux (CITA).**

RÉFÉRENCES (suite)

6. Caza F. (2000). Le trouble panique, ou la peur d'avoir peur. *Le Médecin du Québec, volume 35, numéro 8, août 2000.*
7. Côté A. (2000). La phobie sociale. *Le Médecin du Québec, volume 35, numéro 8, août 2000.*
8. Desrochers C. (2002). Santé mentale de nos jeunes.
9. Duverger. P. & Malka J. (année non disponible). Troubles anxieux et troubles de l'adaptation chez l'enfant et l'adolescent.
10. Gagnon A., et collaborateurs (2001). Démystifier les maladies mentales : Les troubles de l'enfance et de l'adolescence.

RÉFÉRENCES (suite)

11. Garant M-C. (2000). L'anxiété, cause organique ou psychologique? *Le Médecin du Québec, volume 35, numéro 8, août 2000.*
12. Joyal M. (2000). Le trouble obsessionnel-compulsif, lever le voile. *Le Médecin du Québec, volume 35, numéro 8, août 2000.*
13. Mailloux S. (2010). L'enfant qui dérange : Les troubles anxieux et le trouble dépressif majeur.
14. Menard I. (2007). L'anxiété de performance.
15. Pilote Fortin S-K. (2010). Troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans. Détection précoce et traitement dans les services de 1ère ligne. *Prévention en pratique médicale.*

RÉFÉRENCES (suite et fin)

16. **Servant D. (année non disponible). L'anxiété chez l'enfant et l'adolescent.**

17. **Tellier G. (2000). Évaluation d'un trouble anxieux. *Le Médecin du Québec, volume 35, numéro 8, août 2000.***

18. **Turgeon L., Kirouac C., Denis I. (année non disponible). Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents.**

MOT DE LA FIN

Je vous remercie beaucoup.

Je serais disponible via mon courriel pendant deux semaines.

Le document est disponible sur le site de l'école pour ceux qui désirent l'imprimer.

Questions / Commentaires
