REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGÍA DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE
ISSN : 1578-1062

REVUE DE PSYCHIATRIE ET PSYCHOLOGIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY AND PSYCHOLOGY JOURNAL

Profil épidémiologique et clinique du trouble d'anxiété de séparation : série marocaine

Profil clinique du trouble d'anxiété de séparation

Epidemiological and Clinical Profile of Separation Anxiety Disorder: A Moroccan Case Series

Clinical profile of separation anxiety disorder

Perfil epidemiológico y clínico del trastorno de ansiedad por separación: serie de casos marroquí

Perfil clínico del trastorno de ansiedad de separación

Dr Elaryfy keltoum, Dr Hajar Mouaden, Professeur Aabbassi Bouchra
Professeur Fatiha Mannoudi
Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, Université Cadi Iyad

Correspondace :
Dr Elaryfy keltoum
E-mail : elaryfykeltoum@gmail.com
Identifiant ORCID 0009-0006-8675-4197

Reçu: 03/11/2026
Accepté : 11/11/2026

Volume 12, numéro 1, 2026, pp. 1-17
Cet article est sous licence Creative Commons BY-NC-ND 4.0
DOI : https://doi.org/10.65549/80hw6s48

Résumé

Objectif : Cette étude vise à décrire les caractéristiques sociodémographiques des patients, les manifestations cliniques les plus fréquentes, les facteurs contextuels et familiaux rapportés dans les dossiers médicaux, ainsi que les comorbidités psychiatriques associées chez les patients présentant un trouble d'anxiété de séparation (TAS), suivis au Service de Pédopsychiatrie de l'Hôpital Mohammed VI de Marrakech, de janvier 2024 à novembre 2026.
Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive portant sur 50 patients suivis pour un TAS au sein d'un service de pédopsychiatrie. Les données sociodémographiques, anamnestiques, familiales, périnatales, cliniques et psychiatriques ont été recueillies à partir des dossiers médicaux.
Résultats : L'âge moyen au diagnostic était de 11,9 ± 3,0 ans, avec une légère prédominance masculine (54 %). L'âge moyen de début des symptômes était de 7,1 ± 3,0 ans, suggérant un délai important entre le début des symptômes et le diagnostic. Le mode de début était principalement progressif (98 %). Les symptômes physiques constituaient le principal motif de consultation (46 %), suivis des difficultés ou du refus scolaire (20 %), soulignant le risque d'un retard diagnostique lié à l'expression somatique du trouble. Des antécédents psychiatriques familiaux étaient retrouvés chez 62 % des patients, principalement des troubles dépressifs (34 %) et anxieux (22 %), avec une prédominance des antécédents maternels. Des conflits familiaux étaient rapportés dans 44 % des cas et un événement stressant récent dans 72 % des cas. Les données anamnestiques retrouvaient fréquemment des éléments en faveur d'un attachement insécure, notamment des difficultés dans les premiers liens mère-enfant et des difficultés de séparation précoce. Une comorbidité psychiatrique était retrouvée chez 66 % des patients, principalement sous la forme d'un épisode dépressif majeur (36 %). Le retentissement fonctionnel était principalement scolaire et social (64 %).
Conclusion : Dans notre série, le TAS apparaît comme un trouble débutant précocement, avec une légère prédominance masculine et un retentissement important sur le fonctionnement scolaire et social. La fréquence élevée des antécédents psychiatriques familiaux, particulièrement maternels et à dominante dépressive et anxieuse, souligne l'importance du contexte familial dans la compréhension du trouble. Les éléments en faveur d'un attachement insécure suggèrent également l'intérêt d'une approche intégrant les dimensions relationnelles et familiales. Enfin, la prédominance des symptômes physiques comme motif de consultation souligne la nécessité d'une meilleure sensibilisation des professionnels de première ligne aux manifestations somatiques du TAS.

Mots-clés : Trouble d'anxiété de séparation ; pédopsychiatrie ; manifestations cliniques ; facteurs familiaux ; comorbidités psychiatriques.

Abstract

Objective: This study aimed to describe the sociodemographic characteristics of patients, the most frequent clinical manifestations, the contextual and familial factors reported in medical records, and the associated psychiatric comorbidities among patients with separation anxiety disorder (SAD) followed in the Child and Adolescent Psychiatry Department at Mohammed VI Hospital in Marrakech, from January 2024 to November 2026.

Methods: This was a retrospective descriptive study including 50 patients followed for SAD in a Child and Adolescent Psychiatry Department. Sociodemographic, historical, familial, perinatal, clinical, and psychiatric data were collected from medical records.
Results: The mean age at diagnosis was 11.9 ± 3.0 years, with a slight male predominance (54%). The mean age at symptom onset was 7.1 ± 3.0 years, suggesting a substantial delay between symptom onset and diagnosis. The onset was predominantly progressive (98%). Somatic symptoms were the main reason for consultation (46%), followed by school difficulties or school refusal (20%), highlighting the risk of delayed diagnosis related to the somatic presentation of the disorder. A family psychiatric history was reported in 62% of patients, mainly depressive disorders (34%) and anxiety disorders (22%), with a predominance of maternal psychiatric history. Family conflicts were reported in 44% of cases, while a recent stressful event was reported in 72%. Clinical histories frequently revealed features suggestive of insecure attachment, particularly difficulties in early mother–child bonding and early separation difficulties. Psychiatric comorbidity was found in 66% of patients, mainly in the form of major depressive episodes (36%). The main functional impact involved school and social functioning (64%).
Conclusion: In our sample, separation anxiety disorder appeared as an early-onset disorder, with a slight male predominance and a significant impact on school and social functioning. The high frequency of familial psychiatric history, particularly maternal history and predominantly depressive and anxiety disorders, highlights the importance of the family context in understanding the disorder. Features suggestive of insecure attachment further support the relevance of an approach incorporating relational and familial dimensions. Finally, the predominance of somatic symptoms as the main reason for consultation emphasizes the need for greater awareness among frontline healthcare professionals of the somatic manifestations of separation anxiety disorder.
Keywords: Separation Anxiety Disorder; Child and Adolescent Psychiatry; Clinical Manifestations; Familial Factors; Psychiatric Comorbidities.

Resumen

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyó a 50 pacientes con TAS seguidos en un servicio de psiquiatría infantil y adolescente. Se recopilaron datos sociodemográficos, anamnésicos, familiares, perinatales, clínicos y psiquiátricos a partir de las historias clínicas.

Resultados: La edad media en el momento del diagnóstico fue de 11,9 ± 3,0 años, con un ligero predominio masculino (54 %). La edad media de aparición de los síntomas fue de 7,1 ± 3,0 años, lo que sugiere un retraso considerable entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico. La aparición fue predominantemente progresiva (98 %). Los síntomas somáticos fueron el principal motivo de consulta (46 %), seguidos de las dificultades escolares o el rechazo escolar (20 %), lo que pone de relieve el riesgo de un diagnóstico tardío relacionado con la presentación somática del trastorno. Se informó de antecedentes psiquiátricos familiares en el 62 % de los pacientes, principalmente trastornos depresivos (34 %) y trastornos de ansiedad (22 %), con un predominio de antecedentes psiquiátricos maternos. Se notificaron conflictos familiares en el 44 % de los casos, mientras que se informó de un acontecimiento estresante reciente en el 72 %. Las historias clínicas revelaron con frecuencia

rasgos que sugerían un apego inseguro, en particular dificultades en el vínculo temprano entre madre e hijo y dificultades de separación tempranas. Se observó comorbilidad psiquiátrica en el 66 % de los pacientes, principalmente en forma de episodios depresivos mayores (36 %). El principal impacto funcional afectó al rendimiento escolar y al funcionamiento social (64 %).

Conclusión: En nuestra muestra, el trastorno de ansiedad por separación se presentó como un trastorno de inicio precoz, con un ligero predominio masculino y un impacto significativo en el rendimiento escolar y el funcionamiento social. La elevada frecuencia de antecedentes psiquiátricos familiares, especialmente los maternos y predominantemente trastornos depresivos y de ansiedad, pone de relieve la importancia del contexto familiar para comprender el trastorno. Las características que sugieren un apego inseguro respaldan aún más la relevancia de un enfoque que incorpore las dimensiones relacionales y familiares. Por último, el predominio de los síntomas somáticos como principal motivo de consulta subraya la necesidad de una mayor sensibilización entre los profesionales sanitarios de primera línea respecto a las manifestaciones somáticas del trastorno de ansiedad por separación.

Palabras clave: Trastorno de ansiedad por separación; Psiquiatría infantil y adolescente; Manifestaciones clínicas; Factores familiares; Comorbilidades psiquiátricas.

Introduction

Le trouble d'anxiété de séparation (TAS) se caractérise par une peur ou une anxiété excessive et inadaptée concernant la séparation d'avec les figures d'attachement. Si la détresse liée à la séparation constitue une manifestation développementale normale, particulièrement au cours de la petite enfance, sa persistance ou son intensité excessive peut entraver le fonctionnement quotidien et le développement de l'enfant [1].

Le TAS représenterait 30,3 % des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent (2). Les données concernant les différences de prévalence selon le sexe restent toutefois discordantes (3,4). Sur le plan clinique, les manifestations somatiques, notamment les douleurs abdominales, les céphalées et les nausées, sont fréquemment rapportées. Elles peuvent s'accompagner de troubles du sommeil et de cauchemars à thème de séparation (5).

Malgré son retentissement potentiel sur le développement affectif, scolaire et social, le TAS demeure relativement peu documenté dans les populations pédopsychiatriques marocaines. **L'étude de ses caractéristiques sociodémographiques, cliniques, familiales et contextuelles présente ainsi un intérêt particulier pour mieux cerner le profil des enfants concernés et améliorer le repérage diagnostique dans notre contexte.**

La présente étude a pour objectif de décrire le profil sociodémographique et clinique des enfants et adolescents présentant un TAS, les facteurs contextuels et familiaux rapportés ainsi que les comorbidités psychiatriques associées.

Matériels et Méthodologie

- Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective menée au sein du service de pédopsychiatrie à Marrakech, portant sur les patients ayant consulté entre

janvier 2024 et novembre 2026 et présentant un diagnostic de trouble d'anxiété de séparation.

- Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients, à l'aide d'une fiche d'exploitation préétablie. Les variables étudiées comprenaient les caractéristiques épidémiologiques, notamment les données sociodémographiques, les caractéristiques cliniques du trouble, ainsi que les facteurs environnementaux et les antécédents psychosociaux et familiaux.
- Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse descriptive
- Les données ont été exploitées dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat des patients.

Résultats

1. Caractéristiques sociodémographiques

L'étude a porté sur 50 patients. L'âge moyen au diagnostic était de 11,9 ± 3,0 ans, avec une médiane de 12 ans. L'échantillon comprenait 27 garçons (54 %) et 23 filles (46 %). La majorité des patients résidait en milieu urbain, avec 46 cas (92 %), contre 4 patients (8 %) en milieu rural.

Sur le plan scolaire, 24 patients (48 %) étaient au collège, 17 (34 %) au primaire, 5 (10 %) en préscolaire, 2 (4 %) au lycée et 2 (4 %) n'étaient pas scolarisés.

Concernant le rang dans la fratrie, les effectifs transmis étaient de 17 aînés, 10 patients occupant une position intermédiaire, 18 benjamins et 5 enfants uniques.

Sur le plan de la situation parentale, les données rapportaient 45 patients dont les parents vivaient ensemble (90 %), 4 dont les parents étaient séparés ou divorcés (8 %) et 1 ayant perdu un parent (2 %). Parmi les parents vivant ensemble, le mariage était décrit comme conflictuel dans 19 cas (42,2 %) et non conflictuel dans 26 cas (57,8 %).

2. Déroulement de la grossesse

Une grossesse vécue comme difficile était rapportée dans 28 cas, tandis que 22 grossesses n'étaient pas considérées comme difficiles. Un événement marquant au cours de la grossesse était également rapporté dans 28 cas, contre 22 cas sans événement signalé.

La grossesse était désirée dans 37 cas et non désirée dans 13 cas **(figure1).**

Parmi les causes rapportées du vécu difficile de la grossesse figuraient les conflits conjugaux dans 13 cas, une maladie organique maternelle dans 6 cas, une menace d'accouchement prématuré dans 3 cas et une dépression maternelle dans 3 cas. Une prématurité, une souffrance fœtale aiguë, une maltraitance étaient chacun rapportés dans un cas.

Une dépression du post-partum était rapportée dans 11 cas. Des difficultés dans les premiers liens mère-enfant étaient retrouvées dans 28 cas, tandis que des difficultés de séparation précoce étaient rapportées dans 26 cas.

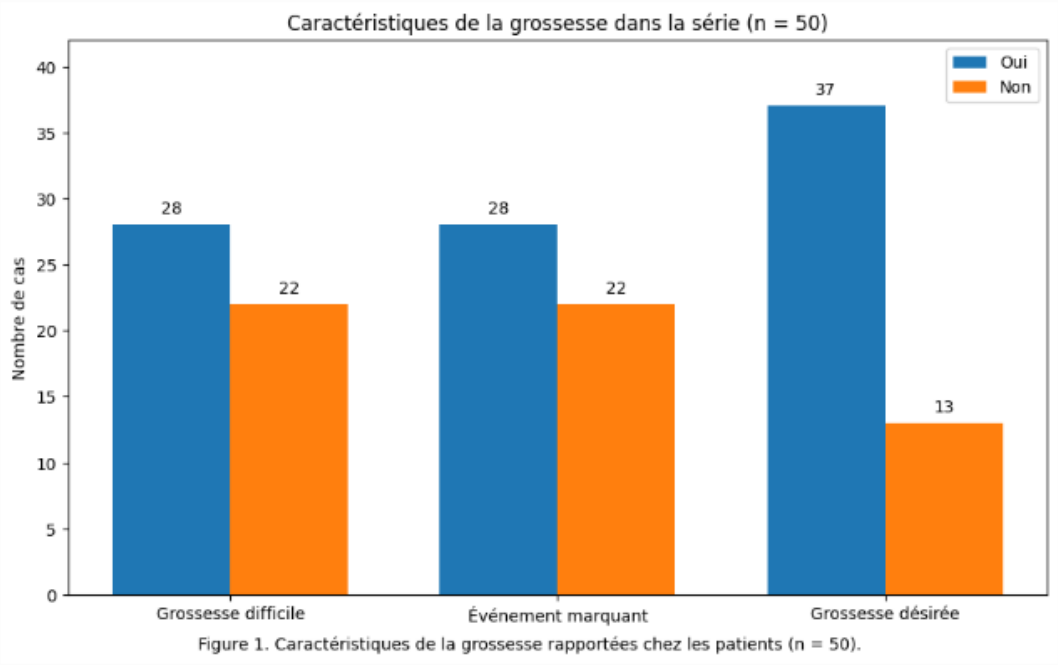


Figure 1. Caractéristiques de la grossesse rapportées chez les patients (n = 50).

3. Antécédents et facteurs contextuels

- Concernant les antécédents familiaux psychiatriques, présents chez 31 patients (62 %), les troubles dépressifs étaient rapportés dans 17 cas (34 %) et les troubles anxieux dans 11 cas (22 %). Un trouble fonctionnel neurologique dans la fratrie était mentionné dans un cas (2 %), tandis que des troubles liés à l'usage de substances étaient rapportés dans 2 cas (4 %).

- La surprotection parentale était retrouvée chez 11 patients (22,4 %). En revanche, chez 39 patients (77,6 %), elle n'était pas rapportée ; les difficultés relationnelles maternelles relevaient plutôt de situations de négligence et de maltraitance maternelle.

4. Données cliniques

a. Caractéristiques du trouble

L'âge moyen de début du trouble était de 7,1 ± 3,0 ans, avec une médiane de 6 ans. Le mode de début était progressif dans 48 cas (98,0 %) et brutal dans deux cas (2,0 %).
Le principal motif de consultation était constitué de symptômes physiques dans 23 cas (46 %), suivi des difficultés ou du refus scolaire dans 10 cas (20 %). Les troubles du sommeil représentaient 5 cas (10 %). Les troubles fonctionnels et les troubles du comportement représentaient chacun 4 cas (8 %). Les crises d'angoisse et les difficultés sociales représentaient chacune 2 cas (4 %), tandis que les autres motifs concernaient 6 patients (12 %). (**Figure 2**)

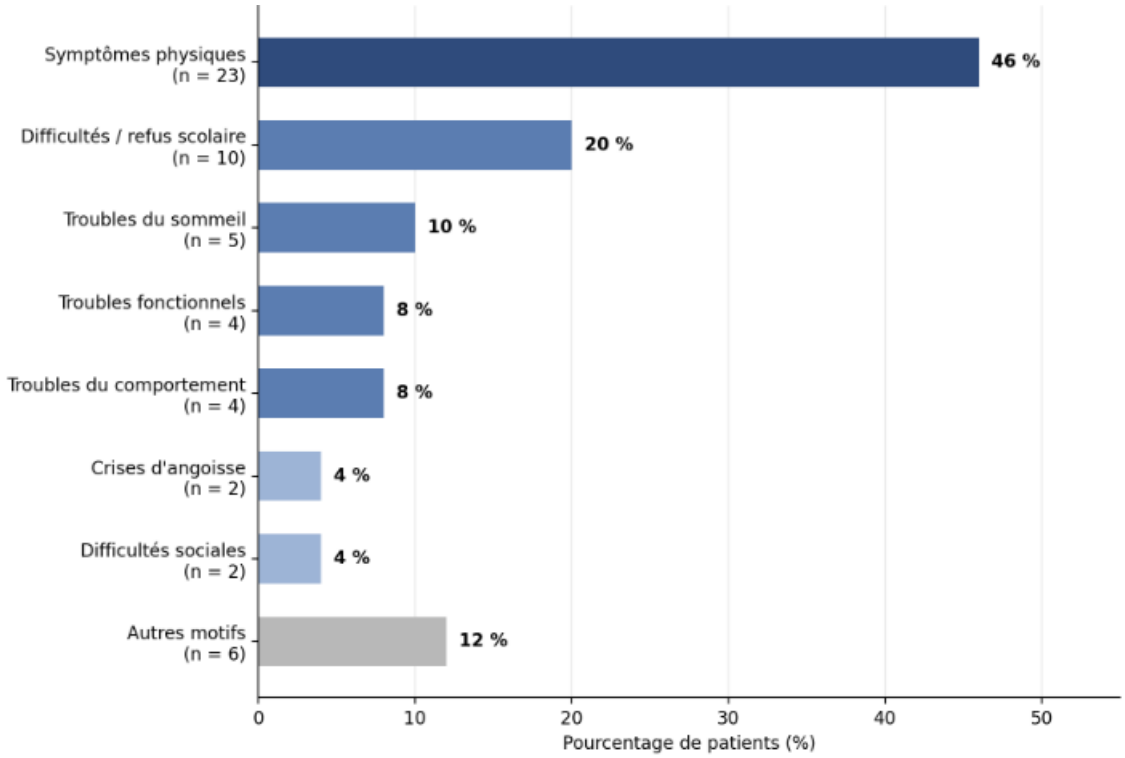


Figure 2. Répartition des principaux motifs de consultation (N = 50). Les effectifs sont indiqués entre parenthèses et les pourcentages sont calculés sur l'ensemble des patients.

b. Manifestations cliniques

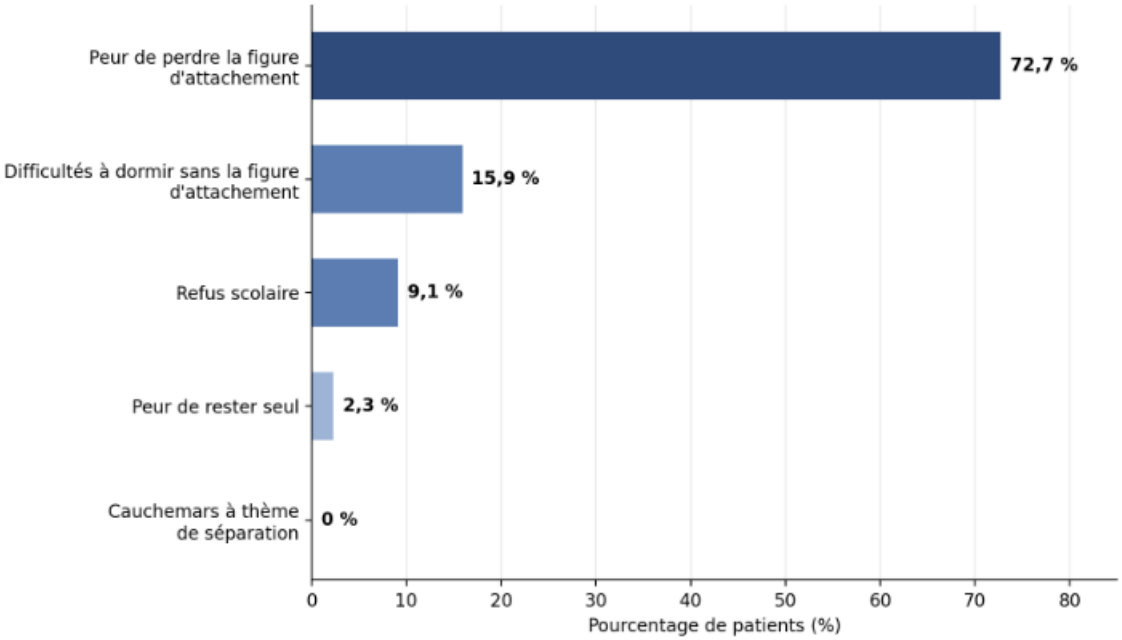


Figure 3. Répartition des manifestations de l'anxiété de séparation. Les résultats sont exprimés en pourcentage de patients.

c. Retentissements

Le retentissement était principalement scolaire et social, rapporté dans 32 dossiers (64 %). Une limitation de l'autonomie liée au syndrome anxieux était retrouvée dans 18 dossiers (36 %). **(figure 4)**

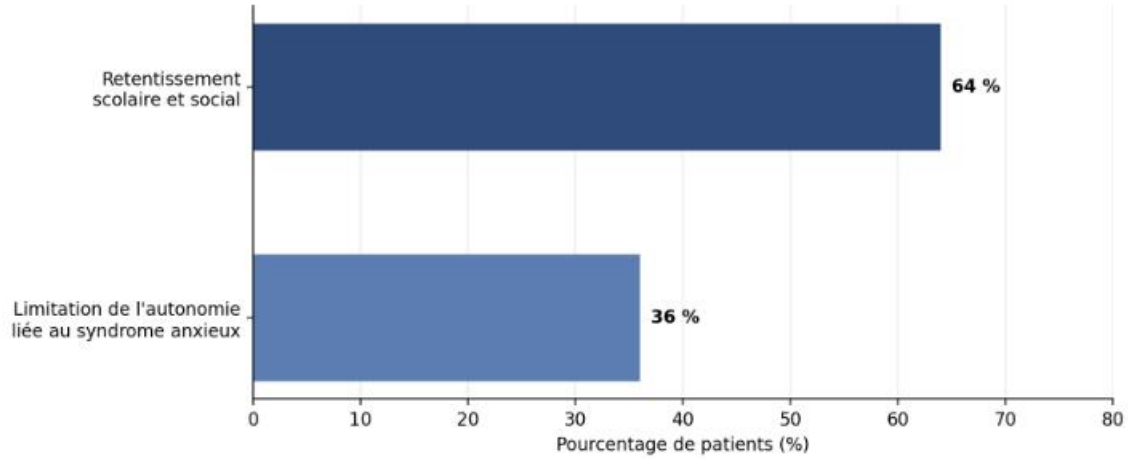


Figure 4. Répartition du retentissement du syndrome anxieux. Les résultats sont exprimés en pourcentage de patients.

5. Comorbidités psychiatriques

Un épisode dépressif majeur était associé dans 18 cas (36 %). Un continuum vers un trouble d'anxiété sociale était rapporté dans 5 cas (10 %). Un trouble du neurodéveloppement était retrouvé chez 6 patients (12 %), comprenant une déficience intellectuelle dans 4 cas et un trouble spécifique des apprentissages dans 2 cas.
Aucun trouble obsessionnel-compulsif ni trouble du comportement n'était rapporté. D'autres diagnostics psychiatriques étaient retrouvés dans 4 cas (8 %), comprenant un état de stress post-traumatique dans 3 cas et un trouble de l'adaptation dans un cas. (figure 5)

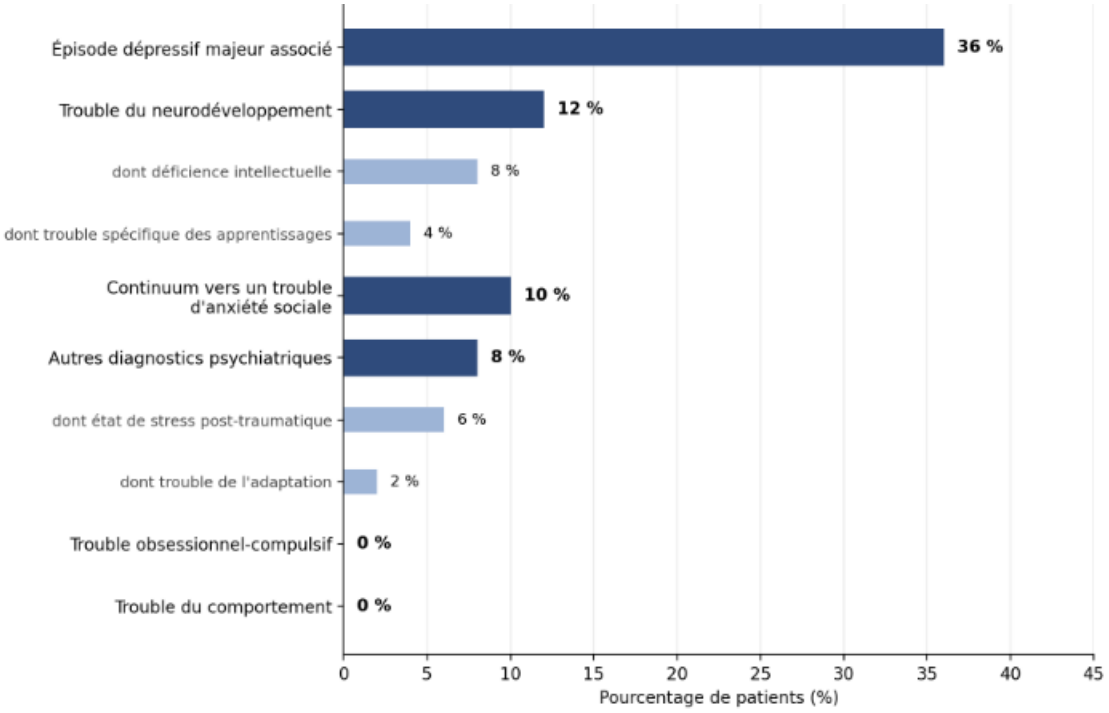


Figure 5. Répartition des comorbidités et diagnostics associés. Les résultats sont exprimés en pourcentage de patients ; les barres claires détaillent les sous-groupes.

Discussion

1. Âge au début / âge au diagnostic

Dans notre étude, l'âge moyen de début du trouble était de 7,1 ± 3,0 ans, avec une médiane de 6 ans, tandis que l'âge moyen au diagnostic était de 11,9 ± 3,0 ans, avec une médiane de 12 ans. La précocité du début du trouble rejoint les données de la littérature, notamment la méta-analyse de de Lijster et al., qui souligne l'apparition précoce du trouble d'anxiété de séparation au cours du développement (25).

L'écart observé entre l'âge de début et l'âge au diagnostic soulève la question d'un possible retard de repérage. Plusieurs facteurs pourraient contribuer à cette situation, notamment la présentation clinique parfois dominée par des manifestations somatiques. En effet, chez l'enfant, les troubles anxieux peuvent se manifester par des céphalées, des douleurs abdominales, des nausées, des vomissements ou des troubles du sommeil, sans que l'enfant soit toujours en mesure d'exprimer explicitement ses inquiétudes anxieuses. Dans notre série, les symptômes physiques constituaient le principal motif de consultation, représentant 46 % des cas. Cette observation rejoint les travaux de Crawley et al., qui ont montré, chez 488 enfants et adolescents présentant différents troubles anxieux, dont le TAS, la fréquence des plaintes somatiques et leur association avec la sévérité de l'anxiété et le retentissement fonctionnel (17). Par ailleurs, les travaux de Freidl et al. soulignent que ces manifestations peuvent contribuer à une sous-reconnaissance des troubles anxieux, les enfants étant parfois orientés initialement vers une évaluation médicale plutôt que psychiatrique (26).

Ainsi, lorsque les plaintes somatiques constituent la principale expression du trouble, la dimension anxieuse sous-jacente peut être méconnue, favorisant une possible errance diagnostique. Toutefois, notre étude ne permet pas d'affirmer que les symptômes somatiques expliquent directement l'écart observé entre l'âge de début et l'âge au diagnostic. Ces résultats soulignent néanmoins l'importance de rechercher une éventuelle anxiété de séparation devant des plaintes physiques récurrentes, après une évaluation médicale appropriée, particulièrement lorsqu'elles surviennent dans un contexte de séparation ou s'accompagnent de difficultés scolaires et sociales.

2. Sexe

Concernant le sexe, notre série retrouvait une légère prédominance masculine, avec 54 % de garçons contre 46 % de filles. Ce résultat contraste avec certaines données épidémiologiques générales des troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent, qui rapportent une prédominance féminine, notamment à partir de l'adolescence (6). Toutefois, Mohammadi et al. n'avaient pas retrouvé de différence significative de prévalence du TAS selon le sexe (7). Cette discordance pourrait s'expliquer, au moins en partie, par les caractéristiques de notre échantillon, notamment son recrutement clinique et son contexte socioculturel spécifique. Par ailleurs, l'amélioration progressive de la sensibilisation à la santé mentale en milieu scolaire au cours de la période d'étude (2022-2024) pourrait avoir favorisé une meilleure reconnaissance des manifestations anxieuses chez les enfants, y compris chez les garçons, et facilité leur orientation vers les structures spécialisées. Ainsi, la répartition selon le sexe dans notre série ne permet pas de conclure à une prédominance masculine du TAS, mais souligne la variabilité des résultats rapportés selon les populations étudiées.

3. Milieu urbain/rural

- Dans notre série, la grande majorité des patients résidait en milieu urbain (92 %). Bien que cette distribution ne permette pas, à elle seule, de conclure à une prévalence plus élevée du TAS en milieu urbain, elle rejoint certaines données épidémiologiques. Canino G (8) et al a notamment rapporté une prévalence significativement plus faible du TAS chez les enfants vivant en milieu rural par rapport à ceux résidant en milieu urbain.
- De même, certaines données épidémiologiques sur les troubles anxieux suggèrent des différences selon le contexte de résidence. Ces variations pourraient être liées aux différences de mode de vie, d'exposition aux facteurs de stress, de structures familiales ou encore d'accès aux soins entre les milieux urbain et rural. (9)
- Dans notre étude, la forte représentation du milieu urbain pourrait également refléter les caractéristiques du recrutement hospitalier et l'accessibilité aux soins spécialisés, et ne doit donc pas être interprétée comme une différence de prévalence entre les deux milieux.

4. Déroulement de la grossesse :

- Dans notre étude, la grossesse était vécue comme difficile dans 56 % des cas, les conflits conjugaux constituant la principale difficulté rapportée (26 %). Ces résultats peuvent être mis en perspective avec les travaux portant sur le stress maternel prénatal et le développement de l'anxiété chez l'enfant. Dans le cadre de la cohorte QF2011, une première étude longitudinale a mis en évidence une association entre les difficultés maternelles liées aux inondations du Queensland pendant la grossesse et l'augmentation des symptômes anxieux chez l'enfant à l'âge de 4 ans (10). En revanche, lors de l'évaluation à l'âge de 6 ans, aucune association significative n'a été retrouvée entre le stress maternel prénatal et les symptômes anxieux de l'enfant (11). Cette différence selon l'âge pourrait suggérer que les manifestations anxieuses évoluent au cours du développement et que leur expression dépend de l'interaction entre les expériences précoces et les facteurs environnementaux ultérieurs.

5. Antécédents psychiatriques familiaux

- Dans notre étude, des antécédents psychiatriques familiaux étaient retrouvés chez 62 % des patients, suggérant une vulnérabilité familiale importante chez les enfants présentant un trouble d'anxiété de séparation.
  Ce résultat rejoint les données de la littérature. Mohammadi et al (7) ont retrouvé une association significative entre les antécédents de prise en charge psychiatrique chez les mères et la présence d'un trouble d'anxiété de séparation chez leurs enfants. De même, Sackl-Pammer et al (12) ont rapporté une fréquence élevée de troubles anxieux et thymiques chez les parents d'enfants présentant ce trouble, les antécédents maternels de troubles anxieux et de l'humeur constituant notamment des facteurs prédictifs. Kearney et al (13) ont également retrouvé davantage de dépression, de TOC et de détresse psychologique chez les parents de ces enfants.
  Cette agrégation familiale pourrait refléter l'interaction de facteurs génétiques, environnementaux et relationnels, la psychopathologie parentale pouvant notamment influencer les représentations de sécurité et de séparation chez l'enfant. Toutefois, notre étude ne permet pas de déterminer la part respective de ces différents mécanismes.
- Dans notre étude, les antécédents psychiatriques familiaux concernaient principalement la mère (21 cas), suivie des membres de la famille élargie. Ils étaient ainsi plus fréquemment retrou-

vés chez les apparentés du premier degré, notamment maternels. Cette observation rejoint les travaux de Mohammadi et al (7) et de Sackl-Pammer et al (12), qui soulignent l'association entre la psychopathologie parentale, en particulier maternelle, et le trouble d'anxiété de séparation chez l'enfant. Cette prédominance pourrait refléter une vulnérabilité familiale d'origine multifactorielle, associant des facteurs génétiques et environnementaux.

6. Surprotection, négligence maternelle

- Dans notre étude, la négligence maternelle, considérée comme une forme de maltraitance infantile, était rapportée chez 77,6 % des patients, constituant un résultat marquant de notre série. Dans leur revue systématique et méta-analyse, Gardner et al (14) ont retrouvé une association significative entre la négligence durant l'enfance et les troubles anxieux (OR = 1,34 ; IC à 95 % : 1,09–1,65). Les auteurs soulignent également que la négligence demeure une forme de maltraitance infantile relativement peu étudiée, malgré ses associations avec différentes manifestations psychopathologiques (15). Par ailleurs, Arayici et Arayici (6) mettent en évidence le rôle potentiel des styles parentaux surprotecteurs ou contrôlants et des modalités d'attachement insécures dans la vulnérabilité au trouble d'anxiété de séparation. Ces données invitent à considérer l'importance des expériences relationnelles précoces dans le développement du sentiment de sécurité affective de l'enfant. Toutefois, notre étude descriptive ne permet pas d'établir de lien causal entre la négligence maternelle et le trouble d'anxiété de séparation, ni de déterminer les modalités d'attachement des patients.

7. Motifs de consultations

- Dans notre étude, les symptômes physiques constituaient le principal motif de consultation, représentant 46 % des cas, devant les difficultés ou le refus scolaire (20 %). Cette prédominance souligne la place importante des manifestations somatiques dans la présentation clinique du trouble d'anxiété de séparation chez l'enfant. Ce constat rejoint les travaux de Verduin et Kendall (16), qui ont rapporté des manifestations somatiques associées aux troubles anxieux de l'enfant, notamment l'énurésie dans le cadre du trouble d'anxiété de séparation. De même, Crawley et al. (17), dans une étude portant sur 488 enfants et adolescents présentant différents troubles anxieux, dont le trouble d'anxiété de séparation, ont retrouvé fréquemment des céphalées, des douleurs abdominales et des troubles du sommeil. Les auteurs ont également montré que le nombre et la sévérité des symptômes physiques étaient associés à la sévérité de l'anxiété et au retentissement fonctionnel. Par ailleurs, une revue systématique consacrée au refus scolaire a souligné que les symptômes somatiques non spécifiques, notamment les douleurs abdominales, les céphalées et les nausées, constituaient fréquemment les premières plaintes, l'anxiété figurant parmi les étiologies les plus souvent retrouvées (18). La méconnaissance de la dimension psychologique de ces manifestations peut retarder l'orientation vers une prise en charge spécialisée. Ainsi, les symptômes physiques peuvent constituer une porte d'entrée majeure dans le parcours de soins, soulignant l'importance de rechercher une éventuelle anxiété de séparation devant des plaintes somatiques récurrentes, après une évaluation médicale appropriée.

8. Présentation clinique

- Dans notre étude, la crainte de perdre la figure d'attachement constituait la manifestation clinique la plus fréquemment rapportée, retrouvée chez 72,7 % des patients. Ce résultat souligne la place centrale des inquiétudes liées à la perte de la figure d'attachement dans l'expression clinique du trouble d'anxiété de séparation (TAS). Cette observation rejoint les résultats de Vossoughi et al.(19), qui ont montré, dans une étude portant sur 317 enfants et adolescents, que la dimension « peur de l'abandon » occupait une position centrale dans le réseau des symptômes associés à un niveau élevé d'anxiété de séparation.
- Par ailleurs, Cooper-Vince et al. (20), dans une étude portant sur 359 enfants consultant pour des troubles anxieux, ont analysé la valeur diagnostique des huit symptômes principaux du TAS à l'aide de la théorie de réponse à l'item. Les auteurs ont constaté que la détresse liée à la séparation et la peur de rester seul en l'absence des principales figures d'attachement présentaient les meilleures propriétés discriminantes et les seuils de manifestation les plus faibles. À l'inverse, les inquiétudes concernant un éventuel préjudice subi par les figures d'attachement présentaient le pouvoir discriminant le plus faible, tandis que les cauchemars à thème de séparation nécessitaient le niveau de sévérité le plus élevé pour être rapportés. Ces résultats soulignent l'hétérogénéité des manifestations cliniques du TAS et suggèrent que les différents symptômes ne contribuent pas de manière équivalente à son identification diagnostique. Dans l'ensemble, ces données renforcent l'intérêt d'accorder une attention particulière aux manifestations traduisant la détresse liée à la séparation et aux inquiétudes concernant la perte de la figure d'attachement.

9. Retentissement personnel et familial

- Dans notre étude, le retentissement du trouble d'anxiété de séparation était principalement scolaire et social, rapporté dans 64 % des dossiers, tandis qu'une limitation de l'autonomie liée au syndrome anxieux était retrouvée dans 36 % des cas. Ces résultats s'inscrivent dans le cadre plus large du retentissement fonctionnel des troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. À ce sujet, Dickson et al (21), dans une revue systématique et méta-analyse portant sur 12 études et 3 129 participants, ont mis en évidence une altération importante du fonctionnement quotidien chez les jeunes présentant un trouble anxieux clinique, avec une taille d'effet de 3,23 dans la méta-analyse de neuf études. Les trois études évaluant la qualité de vie rapportaient également une qualité de vie significativement plus altérée chez ces jeunes que chez leurs pairs sans trouble anxieux. Ces résultats soulignent l'importance des répercussions des troubles anxieux sur les différentes sphères de vie, notamment scolaire et sociale.
- Plus spécifiquement, dans le TAS, ce retentissement peut s'accompagner d'une restriction des activités quotidiennes et d'une perte d'autonomie, en lien avec la difficulté de l'enfant à tolérer l'éloignement de sa figure d'attachement. Cette observation rejoint les travaux de Phillips et al. (22), qui ont identifié un profil de TAS caractérisé par un retentissement fonctionnel important, associé à un niveau plus élevé d'accommodation parentale. Particulièrement fréquente dans ce trouble, celle-ci consiste en des

adaptations du comportement parental visant à réduire la détresse de l'enfant. Bien qu'elles procurent un soulagement immédiat, ces adaptations peuvent contribuer au maintien de l'anxiété et renforcer la dépendance envers la figure d'attachement, limitant ainsi le développement de l'autonomie.

10. Comorbidités

- Dans notre étude, une comorbidité psychiatrique était retrouvée chez 33 patients, soit 66 % de l'échantillon. L'épisode dépressif majeur constituait la comorbidité la plus fréquemment rapportée, concernant 18 patients (36 %) suivi des troubles du neurodéveloppement chez 6 patients (12 %) et du continuum vers un trouble d'anxiété sociale chez 5 patients (10 %). Parmi les troubles du neurodéveloppement, une déficience intellectuelle était retrouvée dans 4 cas et un trouble spécifique des apprentissages dans 2 cas. Par ailleurs, un état de stress post-traumatique était rapporté chez 3 patients et un trouble de l'adaptation chez un patient.
- La fréquence globale des comorbidités observée dans notre série est proche de celle rapportée par Mohammadi et al (7), qui ont retrouvé une association entre le trouble d'anxiété de séparation (TAS) et d'autres troubles psychiatriques dans 65,3 % des cas. Toutefois, les profils comorbides différaient entre les deux études : la phobie spécifique (19,3 %) et le trouble oppositionnel avec provocation (16,4 %) figuraient parmi les associations les plus fréquentes dans l'étude de Mohammadi et al., tandis que l'épisode dépressif majeur occupait la première place dans notre série. Ces différences pourraient notamment s'expliquer par les caractéristiques des populations étudiées, les modalités de recrutement et les méthodes d'évaluation diagnostique.
- La fréquence de l'épisode dépressif majeur dans notre série souligne l'importance de l'association entre l'anxiété de séparation et les manifestations dépressives. À ce sujet, Zhang et al. (23), dans une étude menée auprès d'élèves du primaire, ont rapporté que 12,2 % des participants répondaient aux critères de la dépression. Les élèves présentant une anxiété de séparation avaient des odds de dépression 4,5 à 5 fois plus élevées que ceux qui n'en présentaient pas (IC à 95 % : 3,8–6,2). Les analyses de médiation suggéraient que les habitudes inadaptées et les difficultés d'adaptation contribuaient partiellement à cette association, avec des effets indirects plus importants chez les élèves des niveaux scolaires supérieurs. Ces résultats soulignent l'importance d'une identification précoce des difficultés d'adaptation chez les enfants présentant une anxiété de séparation et invitent à rechercher systématiquement des symptômes dépressifs associés. La comparaison doit toutefois rester prudente, car cette étude examine le lien entre anxiété de séparation et dépression dans une population scolaire, tandis que notre série porte sur des patients suivis en pédopsychiatrie et identifie des épisodes dépressifs majeurs.
- Par ailleurs, les travaux de Verduin et Kendall (16) soulignent que la distribution des comorbidités varie selon le trouble anxieux considéré chez l'enfant. Cette observation invite à examiner les associations psychiatriques propres au TAS plutôt qu'à considérer les troubles anxieux comme un ensemble homogène.
- Enfin, Dogan et al (24). ont étudié l'association entre le trouble d'anxiété sociale et le TAS chez des patients adultes, en s'appuyant sur plusieurs instruments standardisés, notamment l'échelle d'anxiété sociale de Liebo-

witz, le module du SCID-II consacré au trouble de la personnalité évitante et l'inventaire de dépression de Beck. Les auteurs ont observé que les patients présentant simultanément un trouble d'anxiété sociale et un TAS avaient des taux plus élevés de trouble de la personnalité évitante, d'autres troubles anxieux au cours de la vie, de trouble panique et d'épisode dépressif majeur actuel que ceux présentant un trouble d'anxiété sociale isolé. Cette association était également liée à une symptomatologie dépressive plus sévère et à davantage d'idées suicidaires. Bien que cette étude porte sur une population adulte et ne permette donc pas une comparaison directe avec notre série pédiatrique, elle souligne l'intérêt d'explorer les symptômes dépressifs et les autres manifestations anxieuses chez les patients présentant un TAS.

Limites de l'étude

Notre étude présente plusieurs limites. Le recueil des données à partir des dossiers médicaux expose au risque de données manquantes ou incomplètes et à une hétérogénéité des informations cliniques. La taille limitée de l'échantillon (50 patients) et le recrutement monocentrique en milieu pédopsychiatrique spécialisé restreignent la représentativité des résultats et leur généralisation à la population générale. Par ailleurs, l'absence d'échelles standardisées limite l'objectivité de l'évaluation symptomatique et la comparabilité avec d'autres études. Enfin, le caractère observationnel de l'étude ne permet pas d'établir de liens de causalité entre les facteurs étudiés et le TAS. Des études prospectives et multicentriques, portant sur des échantillons plus importants et utilisant des outils d'évaluation validés, seraient nécessaires pour approfondir ces résultats.

Discussion

Le trouble d'anxiété de séparation constitue une problématique fréquente en pédopsychiatrie, dont l'expression clinique apparaît particulièrement polymorphe et peut entraîner un retentissement important sur le fonctionnement de l'enfant et de l'adolescent. Dans notre série, les manifestations somatiques occupaient une place prépondérante dans les motifs de consultation, tandis que la crainte de perdre la figure d'attachement représentait la manifestation clinique la plus fréquemment rapportée. Le retentissement scolaire et social ainsi que la limitation de l'autonomie témoignent par ailleurs de l'impact fonctionnel important de ce trouble.

Nos résultats mettent également en évidence la fréquence des facteurs de vulnérabilité familiaux et environnementaux, notamment des antécédents psychiatriques familiaux et des expériences de négligence maternelle. Sans permettre d'établir de lien causal, ces observations soulignent l'intérêt d'une évaluation globale de l'enfant, prenant en compte son histoire développementale, son environnement familial et les facteurs psychosociaux associés.

La fréquence élevée des comorbidités psychiatriques, notamment des **épisodes dépressifs majeurs**, souligne par ailleurs la nécessité d'une recherche systématique des troubles associés lors de l'évaluation d'un enfant présentant un trouble d'anxiété de séparation.

Ainsi, le repérage précoce du trouble d'anxiété de séparation et l'évaluation systématique de son retentissement et de ses comorbidités apparaissent essentiels afin de proposer une prise en charge adaptée. Des études prospec-

tives, portant sur des échantillons plus larges et multicentriques, permettraient de mieux préciser les facteurs associés au TAS, son évolution au cours du développement et les mécanismes impliqués dans son retentissement.

Conflits d'intérêts : Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts.
Financement : Ce travail n'a bénéficié d'aucun financement spécifique.

Bibliographie

1. Field T. Attachment and separation in young children. Annu Rev Psychol. 1996;47:541-61. doi:10.1146/annurev.psych.47.1.541.

2. Zbitou H, Mohssine Arraji, Aabbaassi B, Manoudi F. Troubles anxieux chez les adolescents : manifestations somatiques et facteurs de risque dans une cohorte marocaine. Int J Adv Res. 2026;14(2). doi:10.21474/IJAR01/22828.

3. Nair M, et al. ADad 3: the epidemiology of anxiety disorders among adolescents in a rural community population in India. Indian J Pediatr. 2013;80(Suppl 2):S144-8. doi:10.1007/s12098-013-1097-5.

4. Spence SH, Zubrick SR, Lawrence D. A profile of social, separation and generalized anxiety disorders in an Australian nationally representative sample of children and adolescents: prevalence, comorbidity and correlates. Aust N Z J Psychiatry. 2018;52(5):446-60. doi:10.1177/0004867417741981.

5. Ehrenreich JT, Santucci LC, Weiner CL. Separation anxiety disorder in youth: phenomenology, assessment, and treatment. Psicol Conductual. 2008;16(3):389-412. doi:10.1901/jaba.2008.16-389.

6. Arayici ME, Arayici SG. Epidemiology and developmental psychopathology of separation anxiety disorder: a systematic multidimensional review. In: Proceedings of the 1st International Online Conference on Behavioral Sciences; 2026 Apr 1-3. Basel: MDPI; 2026.

7. Mohammadi MR, Badrfam R, Khaleghi A, Hooshyari Z, Ahmadi N, Zandifar A. Prevalence, comorbidity and predictor of separation anxiety disorder in children and adolescents. Psychiatr Q. 2020;91(4):1415-29. doi:10.1007/s11126-020-09778-7

8. Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramírez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. Arch Gen Psychiatry. 2004;61(1):85-93. doi:10.1001/archpsyc.61.1.85.

9. Lee J, Park BJ, Ohira T, Kagawa T, Miyazaki Y. Acute effects of exposure to a traditional rural environment on urban dwellers: a crossover field study in ter-

raced farmland. Int J Environ Res Public Health. 2015;12(2):1874-93. doi:10.3390/ijerph120201874

10. McLean MA, Cobham VE, Simcock G, Elgbeili G, Kildea S, King S. The role of prenatal maternal stress in the development of childhood anxiety symptomatology: the QF2011 Queensland Flood Study. Dev Psychopathol. 2018;30(3):995-1007. doi:10.1017/S0954579418000408.

11. McLean MA, Cobham VE, Simcock G, Lequertier B, Kildea S, King S. Childhood anxiety: prenatal maternal stress and parenting in the QF2011 cohort. Child Psychiatry Hum Dev. 2021;52(3):389-98. doi:10.1007/s10578-020-01024-2.

12. Sackl-Pammer P, Popow C, Schuch B, Aigner M, Friedrich M, Huemer J. Psychopathology among parents of children and adolescents with separation anxiety disorder. Neuropsychiatrie. 2015;29(1):23-8. doi:10.1007/s40211-014-0133-7.

13. Kearney CA, Sims KE, Pursell CR, Tillotson CA. Separation anxiety disorder in young children: a longitudinal and family analysis. J Clin Child Adolesc Psychol. 2003;32(4):593-8. doi:10.1207/S15374424JCCP3204_12

14. Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. Child Abuse Negl. 2019;96:104082. doi:10.1016/j.chiabu.2019.104082.

15. Groeneveld LP, Giovannoni JM. Disposition of child abuse and neglect cases. Soc Work Res Abstr. 1977;13(2):24-30. doi:10.1093/swra/13.2.24.

16. Verduin TL, Kendall PC. Differential occurrence of comorbidity within childhood anxiety disorders. J Clin Child Adolesc Psychol. 2003;32(2):290-5.

17. Crawley SA, Caporino NE, Birmaher B, Ginsburg G, Piacentini J, Albano AM, et al. Somatic complaints in anxious youth. Child Psychiatry Hum Dev. 2014;45(4):398-407. doi:10.1007/s10578-013-0410-x.

18. Li A, Guessoum SB, Ibrahim N, Lefèvre H, Moro MR, Benoit L. A systematic review of somatic symptoms in school refusal. Psychosom Med. 2021;83(7):715-23. doi:10.1097/PSY.0000000000000956.

19. Vossoughi M, Kharazi M, Mani A, Safari F, Habibi P, Zarei L, et al. Psychological strains after the crisis: evaluating separation anxiety among Iranian children and adolescents in the post-COVID-19 era. BMC Psychol. 2024;12:471. doi:10.1186/s40359-024-01945-w.

20. Cooper-Vince CE, Emmert-Aronson BO, Pincus DB, Comer JS. The diagnostic utility of separation anxiety disorder symptoms: an item response theory analysis. J Abnorm Child Psychol. 2014;42(3):417-28. doi:10.1007/s10802-013-9788-y.

21. Dickson et al. A systematic review and meta-analysis of impairment and quality of life in children and adolescents with anxiety disorders. Clin Child Fam Psychol Rev. 2024;27(2):342-56. doi:10.1007/s10567-024-00484-5.

22. Phillips et al. Separation anxiety symptom profiles and parental accommodation across pediatric anxiety disorders. Child Psychiatry Hum Dev. 2020;51(3):377-89. doi:10.1007/s10578-019-00949-7.

23. Zhang J, Pan C, Du G. The role of maladaptive behaviors and adjustment disorders in linking separation anxiety to depression in primary school students. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2026;36(3):174-82. doi:10.1177/10445463251407896.

24. Dogan B, Yoldas C, Kocabas O, et al. The characteristics of the comorbidity between social anxiety and separation anxiety disorders in adult patients. Nord J Psychiatry. 2019;73(6):380-6. doi:10.1080/08039488.2019.1642381.

25. Lijster JM, Dierckx B, Utens EMWJ, Verhulst FC, Zieldorff C, Dieleman GC, et al. The age of onset of anxiety disorders: a meta-analysis. Can J Psychiatry. 2017;62(4):237-46. doi:10.1177/0706743716640757.

26. Freidl EK, Stroeh OM, Elkins RM, Steinberg E, Albano AM, Rynn M. Assessment and treatment of anxiety among children and adolescents. Focus (Am Psychiatr Publ). 2017;15(2):144-56. doi:10.1176/appi.focus.20160047.