

Définition, facteurs de risque associés et conséquences possibles de l'anxiété généralisée (TAG) chez les adolescents

**Vanessa Fournier, CJQ-IU
18 janvier 2016
Robert Pauzé
Révision le 21 mars 2017**

Limites de la recension des écrits

Certaines limites ont été rencontrées lors de la réalisation de la recension des écrits, ce qui a rendu difficile l'identification de facteurs de risque pouvant être associés au trouble d'anxiété généralisée (TAG) chez l'adolescent-e. Une première limite concerne le petit nombre d'études s'étant intéressées à la présence de ce trouble chez une population adolescente, en comparaison à une population adulte. Cette réalité s'explique par la faible prévalence du TAG à l'adolescence. Selon les études, la prévalence du TAG chez les adolescents de 12 à 18 ans se situerait entre 1,1 % et 4 % (Asselmann et Beesdo-Baum, 2015; Bittner et coll., 2007; Ginsburg et Affrunti, 2013). Bien qu'il puisse y avoir une apparition graduelle des symptômes à l'adolescence, le TAG serait rarement diagnostiqué avant l'âge adulte (Blondeau et Bouvette, 2010; Lieb, Becker et Altamura, 2005). La prévalence du TAG augmenterait ainsi avec le temps (Ginsburg et Affrunti, 2013).

Deuxièmement, plusieurs des études recensées ne font pas de distinction entre les différents troubles anxieux que l'on retrouve chez les adolescents-es (ex. anxiété de séparation, anxiété sociale). Il devient alors difficile d'isoler des facteurs de risque spécifiques au TAG. Plusieurs éléments pourraient expliquer cette situation. Notons, par exemple, le haut taux de comorbidité entre le TAG et d'autres troubles anxieux. Selon les études, le TAG surviendrait en comorbidité dans près de 90 % des cas (Bax-D'outeuil, 2012; Layne, Bernat, Victor et Bernstein, 2009; Lieb, Becker et Altamura, 2005). Il devient alors ardu d'identifier un échantillon d'adolescents-es présentant uniquement un TAG. Une brève recension sur les facteurs de risque associés aux troubles anxieux de manière plus générale a permis de constater qu'un même facteur de risque peut être associé à plus d'un trouble anxieux (voir pages 3 à 5).

Une dernière limite a trait au construit mesuré dans le cadre des études. Plusieurs d'entre elles portent leur attention sur la présence des symptômes du TAG chez les adolescents-es composant leur échantillon, et non au diagnostic du trouble. Afin d'éviter toute confusion, la présente recension tient compte de cette particularité et précise lorsqu'un facteur de risque spécifique a été associé à la présence de symptômes du trouble chez l'adolescent-e ou à son diagnostic.

Dans la première partie de cette recension des écrits, nous présentons les **résultats des conclusions de différentes recensions des écrits** sur les facteurs de risque pouvant être associés aux troubles anxieux en général sans distinction entre les différents types de trouble. La deuxième partie de la recension est consacrée à la présentation des résultats des études recensées sur les facteurs de risque pouvant être associés **spécifiquement au trouble d'anxiété généralisée**.

Première partie

Facteurs de risque pouvant être associés aux troubles anxieux en général durant l'enfance et l'adolescence : conclusions de différentes recensions des écrits

Vulnérabilités personnelles	
Être une fille (Rapee, Schniering et Hudson, 2009)	
Héritabilité (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006; Drake et Ginsburg, 2012; Rapee, Schniering et Hudson, 2009; Rapee, 2012)	
Tempérament (inhibition comportementale, timidité) (Degnan, Almas et Fox, 2010; Drake et Ginsburg, 2012; Kerns, Siener et Brumariu, 2011; Rapee, Schniering et Hudson, 2009)	
Biais cognitifs (attention, interprétation de l'ambiguïté, perception du danger) (Kerns, Siener et Brumariu, 2011; Rapee, Schniering et Hudson, 2009)	
Attachement insécure / ambivalent (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006; Degnan, Almas et Fox, 2010; Drake et Ginsburg, 2012; Kerns, Siener et Brumariu, 2011; Rapee, Schniering et Hudson, 2009)	
Puberté précoce (Kerns, Siener et Brumariu, 2011)	
Faibles habiletés sociales, émotionnelles ou académiques (Kerns, Siener et Brumariu, 2011)	

Environnement familial	
Caractéristiques des parents	Trouble d'anxiété chez le parent (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006; Degnan, Almas et Fox, 2010; Drake et Ginsburg, 2012; Kerns, Siener et Brumariu, 2011; Rapee, Schniering et Hudson, 2009)
	Dépression chez le parent (Degnan, Almas et Fox, 2010; Kerns, Siener et Brumariu, 2011; Philips et coll., 2005)
	Stress parental (Philips et coll., 2005)
	Criminalité chez le parent (Philips et coll., 2005)
	Trouble d'attachement chez le parent (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006)

Pratiques parentales	Surprotection parentale /surinvestissement (Rapee, Schniering et Hudson, 2009; Rapee, 2012; Yap et coll., 2014)
	Contrôle parental (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006; Degnan, Almas et Fox, 2010; Drake et Ginsburg, 2012; Kerns, Siener et Brumariu, 2011; Rapee, Schniering et Hudson, 2009)
	Critiques parentales (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006; ; Drake et Ginsburg, 2012; Rapee, Schniering et Hudson, 2009; Yap et coll., 2014)
	Discipline sévère (Degnan, Almas et Fox, 2010; Yap et coll., 2014)
	Rejet parental (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006; Degnan, Almas et Fox, 2010; Drake et Ginsburg, 2012; Kerns, Siener et Brumariu, 2011)
	Discontinuité des soins et du milieu de vie (ex. placement) (Degnan, Almas et Fox, 2010)
	Abus sexuels et physiques (Rapee, Schniering et Hudson, 2009; Rapee, 2012)
Relation entre les parents	Exposition aux conflits conjugaux (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006; Drake et Ginsburg, 2012; Rapee, 2012; Yap et coll., 2014)
	Violence conjugale (Rapee, 2012)
	Insatisfaction conjugale (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006; Drake et Ginsburg, 2012; Philips et coll., 2005)
	Instabilité conjugale (changements fréquents de conjoint) (Philips et coll., 2005)
	Divorce (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006)
	Coparentalité négative (hostilité, désengagement) (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006; Drake et Ginsburg, 2012)
Fonctionnement familial	Fonctionnement familial (trop grande ou trop faible cohésion, difficulté de communication, trop grande ou trop faible adaptabilité) (Bögels et Brechman-Toussaint, 2006; Drake et Ginsburg, 2012)
	Difficultés avec la fratrie (hostilité, conflits, contrôle) (Drake et Ginsburg, 2012)
	Conflits familiaux (Drake et Ginsburg, 2012)

Caractéristiques sociales

Victimisation par les pairs
(Degnan, Almas et Fox, 2010; Rapee, Schniering et Hudson, 2009)

Difficultés relationnelles
(Rapee, Schniering et Hudson, 2009)

Rejet par les pairs
(Degnan, Almas et Fox, 2010; Kerns, Siener et Brumariu, 2011)

Relations d'amitié de faible qualité
(Degnan, Almas et Fox, 2010)

Statut socioéconomique des familles

Faible statut socioéconomique
(Philips et coll., 2005; Rapee, Schniering et Hudson, 2009; Rapee, 2012)

Deuxième partie

Facteurs de risque pouvant être associés spécifiquement aux troubles anxieux chez les adolescents-es

Définition du trouble d'anxiété généralisée (TAG)

Selon le **DSM-V** (APA, 2013) :

A. Anxiété et soucis excessifs (attente avec appréhension) survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités (tels le travail ou les performances scolaires).

B. La personne éprouve de la difficulté à contrôler cette préoccupation.

C. L'anxiété et les soucis sont associés à trois (ou plus) des six symptômes suivants (dont au moins certains symptômes présents la plupart du temps durant les six derniers mois).

Note : Un seul item est requis chez l'enfant :

1. agitation ou sensation d'être survolté ou à bout.
2. fatigabilité
3. difficulté de concentration ou de mémoire
4. irritabilité
5. tension musculaire
6. perturbation du sommeil (difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu ou sommeil agité et non satisfaisant).

D. L'anxiété, les soucis ou les symptômes physiques entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

E. La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex., hyperthyroïdie).

F. La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental (p. ex., l'anxiété ou la préoccupation d'avoir une attaque de panique dans le Trouble panique, d'avoir une évaluation négative dans le Trouble d'anxiété social (phobie sociale), d'être séparé de ses figures d'attachement dans le Trouble d'anxiété de séparation, des souvenirs d'un événement traumatique dans l'état de stress post-traumatique, de prendre du poids dans l'anorexie nerveuse, des plaintes physiques pour symptôme d'un Trouble somatique, de percevoir des défauts dans son apparence dans un trouble dysmorphique, de contracter une grave maladie

dans le Trouble d'anxiété des maladies, ou d'avoir des croyances délirantes dans une schizophrénie ou un trouble délirant).

Durant l'enfance, les principaux **thèmes des inquiétudes** sont le perfectionnisme, la ponctualité, la santé, la sécurité de soi et des autres, les finances de la famille et certains événements à venir dans le futur. Bien que ces inquiétudes soient appropriées pour leur âge, elles surviennent plus fréquemment que chez les autres jeunes (Muroff et Ross, 2011).

Prévalence

La prévalence du TAG chez les adolescents de 12 à 18 ans se situe **entre 1,1 % et 4 %** (Asselmann et Beesdo-Baum, 2015; Bittner et coll., 2007; Ginsburg et Affrunti, 2013).

Comorbidité

Le TAG surviendrait en comorbidité avec un second trouble mental dans **près de 90 %** des cas, principalement avec le trouble dépressif (Bax-D'ateuil, 2012; Layne, Bernat, Victor et Bernstein, 2009; Lieb, Becker et Altamura, 2005).

Facteurs de risque pouvant être associés au trouble d'anxiété généralisée chez les adolescents-es

Vulnérabilités personnelles de l'adolescent	
Composante génétique.	<p>Le TAG résulte d'une interaction entre la génétique et les facteurs environnementaux (Gregory, Lau et Eley, 2008; Li, Sundquist et Sundquist, 2011). L'héritabilité du TAG se situerait autour de 30 % (Ginsburg et Affrunti, 2013; Hettema, Neale et Kendler, 2001). Par conséquent, des taux significativement plus élevés du trouble sont retrouvés chez les enfants de parents cliniquement anxieux, pouvant aller jusqu'à sept fois supérieurs à ceux trouvés chez les jeunes de la population générale (Bax-D'auveuil, 2012).</p>
Anomalies neurobiologiques.	<p>Plusieurs anomalies neurobiologiques ont été détectées chez les adolescents atteints d'un TAG, dont un plus grand volume de la matière grise dans le gyrus cingulaire gauche, ainsi qu'un plus petit volume de la matière grise dans le gyrus frontal inférieur gauche, le gyrus post-central gauche et l'amygdale. Ces structures cérébrales sont impliquées dans la modulation cognitive de l'anxiété, la réponse au sentiment de peur et la perception des menaces dans l'environnement (Strawn et coll., 2015).</p> <p>Les adolescents qui ont un TAG présentent une altération du fonctionnement de l'amygdale, en particulier dans les circuits impliqués dans les processus liés aux émotions (Roy et coll., 2013).</p>
Vulnérabilités cognitives.	<p>Les jeunes avec un TAG présentent plusieurs problématiques au plan de leurs processus cognitifs. Par exemple, ils sont plus portés à surestimer les conséquences négatives de leurs actions, à interpréter l'ambiguïté comme étant menaçante et à avoir des lacunes sur le plan des habiletés de résolution de problèmes (Ginsburg et Affrunti, 2013).</p> <p>Malgré que peu d'études aient été réalisées auprès d'adolescents, les études portant sur les adultes atteints d'un TAG permettent de mieux comprendre ce trouble. Il a notamment été démontré que 19 % des adultes diagnostiqués avec un TAG ont des déficits cognitifs dans au moins un domaine neuropsychologique, comparé à 3,6 % de la population générale. Le déficit cognitif le plus fréquent serait lié à la mémoire à court et moyen terme (Larson, South et Merkley, 2011).</p> <p>Deux vulnérabilités cognitives, soit l'intolérance à l'incertitude et l'attitude négative face aux problèmes, seraient à la base des inquiétudes présentes dans le TAG. L'intolérance à l'incertitude se définit par la « tendance excessive d'un individu à considérer comme inacceptable la possibilité qu'un événement négatif se produise, même si cette probabilité est faible ». Elle traduirait un besoin de sécurité et de contrôle sur les situations et leur dénouement. L'attitude négative face au problème se définit quant à elle par un « processus motivationnel reflétant les pensées de la personne à l'égard des problèmes de sa vie, de même que son aptitude à résoudre ces problèmes ». Un individu manifestant une attitude négative se perçoit généralement comme inapte à résoudre son problème, le considère comme menaçant, réagit</p>

	négativement face à celui-ci et doute de ses stratégies pour le résoudre (Bax-D'outeuil, 2012).
Naissance prématurée.	Les hommes nés prématurément (avant 37 semaines) seraient plus enclins à développer un TAG. Cela pourrait s'expliquer par les déficits neurobiologiques liés à la pré-maturation qui rendent les personnes plus vulnérables à certains troubles anxieux (Vasiliadis, Buka, Martin et Gilman, 2010).
Petit poids à la naissance.	Les personnes ayant un poids inférieur à 3,5 kg à la naissance seraient 2 fois plus à risque de recevoir un diagnostic de TAG durant leur vie (Vasiliadis, Buka, Martin et Gilman, 2010).
Être une fille.	Les filles seraient plus à risque que les garçons de développer un TAG ou de vivre certains symptômes associés au trouble (Bittner et coll., 2007; Ginsburg et Affrunti, 2013; Grover, Ginsburg et Ialongo, 2005; Lieb, Becker et Altamura, 2005; Muroff et Ross, 2011; Nelemans, Hale, Branje, Hawk et Meeus, 2014; Soenke, Hahn, Tull et Gratz, 2010; Vasiliadis, Buka, Martin et Gilman, 2010).
Puberté précoce.	La puberté précoce est associée au développement des symptômes du TAG. Ces jeunes vivraient des transitions biologiques et sociales à un trop jeune âge , ce qui les rendrait vulnérables aux stressseurs de leur environnement (Ge, Brody, Conger et Simons, 2006; Graber, Seeley, Brooks-Gunn et Lewinsohn, 2004). Concernant les filles plus spécifiquement, elles auraient tendance à s'affilier à des pairs plus vieux et à adopter des comportements problématiques durant l'adolescence. La relation parent-enfant serait également plus conflictuelle chez les adolescentes avec une puberté précoce. Enfin, elles entrent dans la puberté en ayant eu moins de temps afin de développer certaines habiletés (ex. prise de décision), ce qui contribue à augmenter leur vulnérabilité (Graber, Seeley, Brooks-Gunn et Lewinsohn, 2004).
Trouble envahissant du développement (TED).	Un diagnostic de trouble envahissant du développement , plus précisément d' autisme et de syndrome d'Asperger , augmente le risque développer un TAG (Kim, Szatmari, Bryson, Streiner et Wilson, 2000; Soussana, Sunyer, Pry et Baghdadli, 2012; van Steensel, Bögels et Perrin, 2011). La prévalence du TAG chez les jeunes atteints d'autisme se situerait entre 2 % et 35 %. Les études montrent également que l'anxiété ne serait pas uniquement une caractéristique sous-jacente à l'autisme, mais bien un trouble co-occurent (Kerns et Kendall, 2012).
Troubles de sommeil.	Les troubles de sommeil (difficulté à s'endormir, éveil matinal, épuisement) chez les adolescents prédisent le développement d'un TAG (Shanahan et coll., 2014).
Troubles extériorisés / Trouble des conduites.	L'accumulation de certains troubles extériorisés (bagarres, désobéissance, mensonges, agressivité, intimidation) augmente le risque de TAG (Moreno-Peral et coll., 2014). La présence d'un trouble des conduites entre 5 et 11 ans augmente le risque de recevoir un diagnostic de TAG (chez un échantillon de 18 à 32 ans) (Moffitt et coll., 2007).

Problèmes de santé physique.	<p>Les adolescents souffrant d'asthme sont plus enclins à développer un trouble anxieux, dont le TAG (Goodwin, Fergusson et Horwood, 2004; Vila et coll., 2000).</p> <p>La prévalence du TAG est plus élevée chez les jeunes souffrant d'épilepsie (Ekinici et coll., 2009).</p>
Déficience intellectuelle.	<p>Les adolescents avec une déficience intellectuelle sont 2,6 fois plus à risque de présenter un TAG (Emerson, 2003).</p>
Consommation de substances.	<p>La prévalence du TAG est significativement plus élevée chez les adolescents dépendant au cannabis, avec une prévalence se situant entre 17 % et 28 % (Diamond et coll., 2006; Guillem et coll., 2009; Stinson et coll., 2006). Le risque de TAG serait 3,3 fois plus élevé chez les adolescents dépendant au cannabis que chez ceux présentant une consommation abusive (Diamond et coll., 2006).</p> <p>Les adolescents qui consomment du tabac (plus d'un paquet par jour) sont plus à risque de développer un TAG (20,5 % VS 3,7 %) (Johnson et coll., 2000).</p>
Attachement inséure / ambivalent	<p>Un attachement inséure, plus particulièrement l'attachement ambivalent, représente un facteur de risque du TAG chez les jeunes (Brown et Whiteside, 2008; Colonnese et coll., 2011; Ginsburg et Affrunti, 2013).</p>
Tempérament.	<p>L'inhibition comportementale, c'est-à-dire la tendance à se mettre en retrait et à démontrer une retenue et une réticence lorsque confronté à une situation nouvelle ou à des personnes non familières, est associée à un plus haut risque de développer un TAG (Beesdo, Pine, Lieb et Wittchen, 2010; Degnan, Almas et Fox, 2010; Hirshfeld-Becker, Micco, Simoes et Henn, 2008; Moreno-Peral et coll., 2014).</p> <p>La dépendance aux récompenses, soit le fait d'orienter ses actions principalement en fonction des récompenses qui y sont associées tout en diminuant ses actions induisant des punitions, est liée à une augmentation du risque de recevoir un diagnostic de TAG (Beesdo, Pine, Lieb et Wittchen, 2010; Moreno-Peral et coll., 2014).</p> <p>La tendance à vivre de la frustration constitue un facteur de risque au développement des symptômes du TAG chez l'adolescent (Van Oort, Greaves-Lord, Ormel, Verhulst et Huizink, 2011).</p>
Difficultés sur le plan de la régulation émotionnelle/ reconnaître et exprimer ses émotions	<p>Selon les résultats d'une méta-analyse, il ressort que les jeunes présentant un trouble anxieux sont moins habiles dans l'expression et la compréhension des émotions, moins conscients de leurs émotions et les acceptent moins et rapportent moins de compétences émotionnelles (Brittany et al., 2016).</p>
Faible estime de soi.	<p>L'estime de soi du jeune est associée au risque de développer un TAG (Mellins et coll., 2008).</p> <p>La confiance en ses compétences scolaires, son estime de soi en lien avec son apparence physique et le sentiment de sa propre valeur sont</p>

	<p>associés aux symptômes du TAG chez les adolescents (Van Oort, Greaves-Lord, Ormel, Verhulst et Huizink, 2011).</p> <p>Le TAG à l'adolescence est associé à une faible estime de soi (Maldonado et coll., 2013). Les adolescents aux prises avec un TAG rapportent avoir une image négative de soi dans 88 % des cas (Masi et coll., 2004).</p>
Difficultés scolaires	La présence de difficultés scolaires (difficultés en lecture, en mathématiques et échecs scolaires) est associée à une augmentation des symptômes du TAG (Grover, Ginsburg et Ialongo, 2005).
Difficultés de socialisation	<p>Être victime d'intimidation augmente le risque d'apparition de symptômes du TAG chez l'adolescent (Copeland, Wolke, Angold et Costello, 2013; Van Oort, Greaves-Lord, Ormel, Verhulst et Huizink, 2011).</p> <p>Les enfants et les adolescents présentant des symptômes d'anxiété sont plus sujets à expérimenter des relations sociales pauvres (faible compétence avec les pairs, rejet des pairs, victimisation) (Kingery et al., 2010)</p> <p>On note une association entre la présence d'un trouble anxieux et des difficultés sur le plan de l'amitié, des relations romantiques et des relations en milieu scolaire. Selon ces auteurs, il importe d'investiguer la socialisation des jeunes présentant un trouble anxieux et de tenter de renforcer la qualité des relations sociales (Brumariu et la., 2013).</p>

Chronosystème de l'adolescent	
Maltraitance.	<p>La maltraitance vécue durant l'enfance augmente significativement le risque de recevoir un diagnostic de TAG. Les formes de maltraitance ayant démontré un tel effet sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'exposition à la violence familiale (Greger, Myhre et Lydersen, 2015) - L'abus physique (Cogle et coll., 2010; Greger, Myhre et Lydersen, 2015; King et coll., 2011; Safren, Gershuny, Marzol, Otto et Pollack, 2002) - L'abus sexuel (Cogle et coll., 2010; Greger, Myhre et Lydersen, 2015; King et coll., 2011; Safren, Gershuny, Marzol, Otto et Pollack, 2002; Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008) - L'abus psychologique (McCullough, Miller et Johnson, 2010; Soenke, Hahn, Tull et Gratz, 2010) <p>La polyvictimisation, c'est-à-dire le fait d'être victime de plus d'une forme de maltraitance, est également associée à un plus haut risque de développer un TAG (Greger, Myhre et Lydersen, 2015).</p>
Violence conjugale.	La violence entre les parents contribue à l'émergence du TAG chez l'adolescent (Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008).
Décès d'un membre de la famille.	Le fait de vivre le décès d'un parent ou d'un autre membre de la famille représente un facteur de risque pour le développement du TAG (Beesdo,

	Pine, Lieb et Wittchen, 2010; Van Oort, Greaves-Lord, Ormel, Verhulst et Huizink, 2011).
Séparation parentale.	La séparation ou le divorce des parents durant l'enfance augmente le risque de développer un TAG (Beesdo, Pine, Lieb et Wittchen, 2010; Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008).
Anxiété de séparation.	L' anxiété de séparation vécue durant l'enfance est associée à une augmentation du risque de développer un TAG par la suite (Beesdo, Pine, Lieb et Wittchen, 2010).
Exposition à la violence	<p>Les adolescents qui ont été exposés à la violence (ex. voir quelqu'un se faire frapper, être témoins d'une attaque avec arme à feu, voir quelqu'un se faire menacer ou être menacé soit même, être témoin d'un grave accident, etc.) présentent significativement plus de symptômes du TAG (Peckins, Dockray, Eckenrode, Heaton et Susman, 2012).</p> <p>Le risque de développer un TAG est 1,6 fois plus élevé chez les adolescents qui ont été exposés à la violence dans leur quartier. L'exposition à la violence dans de multiples contextes (voisinage, école, maison) rend quant à elle les adolescents 3 fois plus à risque de développer un TAG (Slopen, Fitzmaurice, Williams et Gilman, 2012).</p> <p>La victimisation des jeunes de 10 à 14 ans (ex. être victime de vol, être insulté) a été associée à une augmentation du risque de TAG (Mellins et coll., 2008).</p>

Vulnérabilités du ou des parents	
Dépendance à l'alcool ou aux drogues	<p>La dépendance à l'alcool ou aux drogues d'un parent augmente le risque de diagnostic de TAG chez le jeune (Andover, Izzo et Kelly, 2011; Kuperman, Schlosser, Lidral et Reich, 1999; Grover, Ginsburg et Jalongo, 2005; Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008).</p> <p>Une personnalité antisociale chez le parent, ainsi que la présence d'actes criminels augmente le risque de TAG (Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008).</p>
Problèmes de santé mentale	<p>La présence de divers troubles anxieux (TAG, trouble panique) ou d'un haut niveau d'inquiétudes chez le parent a été associée à une augmentation du risque de TAG chez le jeune (Affrunti et Woodruff-Borden, 2015; Andover, Izzo et Kelly, 2011; Bax-D'ateuil, 2012; Beesdo, Pine, Lieb et Wittchen, 2010; Burstein, Ginsburg et Tein, 2010; Fisak, Mann et Heggelo, 2013; Mellins et coll., 2008; Moreno-Peral et coll., 2014). Les comportements parentaux anxieux agiraient par modelage sur le jeune (p. ex. : expression fréquente de peurs, d'inquiétudes ou d'évitement par le parent, tendance à prévoir les dangers potentiels, besoin de réassurance). Il est aussi possible qu'un parent anxieux tende à surprotéger ou restreindre l'autonomie de son jeune pour calmer sa propre anxiété liée aux perceptions des dangers. Ces comportements parentaux peuvent ainsi inhiber les pensées adaptatives et les stratégies de résolution de problème du jeune (Bax-D'ateuil, 2012).</p>

	<p>La dépression chez un parent constitue un facteur de risque pour le développement d'un TAG chez l'adolescent (Andover, Izzo et Kelly, 2011; Mellins et coll., 2008; Moreno-Peral et coll., 2014; Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008).</p> <p>Le trouble bipolaire chez un parent augmente de trois fois le risque que l'adolescent développe un TAG (Birmaher et coll., 2009).</p>
Symptômes paranoïdes	Certains symptômes psychologiques des parents, telle la paranoïa , sont associés aux symptômes des troubles anxieux chez les jeunes, dont ceux du TAG (Fisak, Mann et Heggelo, 2013).
Personnalité antisociale	Une personnalité antisociale chez le parent, ainsi que la présence d' actes criminels augmente le risque de TAG (Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008).
Problèmes de santé physique.	La présence de problèmes de santé chez un membre de la famille accentue le risque de développer des symptômes du TAG à l'adolescence (Grover, Ginsburg et Ialongo, 2005; Mellins et coll., 2008; Van Oort, Greaves-Lord, Ormel, Verhulst et Huizink, 2011).

Faible qualité de la relation parent-adolescent	
Faible qualité de l'attachement avec le père.	La perception qu'ont les adolescents de leur relation avec leurs parents a été associée à la présence de symptômes du TAG. En outre, les adolescents qui perçoivent leur relation d'attachement avec leur père comme étant de faible qualité (en termes de communication et de confiance) rapportent significativement plus de symptômes du TAG (Van Eijck, Branje, Hale et Meeus, 2012).
Faible qualité de la relation avec les parents	Les adolescents qui rapportent plusieurs symptômes du TAG perçoivent leur relation avec leurs parents comme étant de faible qualité (Van Eijck, Branje, Hale et Meeus, 2012). Le TAG chez l'adolescent est associé à une perception négative des comportements parentaux (surinvestissement, contrôle psychologique, rejet, aliénation, manque de confiance, faible communication) (Hale, Klimstra, Branje, Wijsbroek et Meeus, 2013).
Relations conflictuelles.	Une relation conflictuelle entre le jeune et ses parents constitue un facteur de risque du TAG (Grover, Ginsburg et Ialongo, 2005; Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008).
Perception d'un rejet parental.	La perception de rejet parental contribue à augmenter les inquiétudes des jeunes et est liée à la présence des symptômes du TAG chez ceux-ci (Brown et Whiteside, 2008; Cassidy, Lichtenstein-Phelps, Sibrava, Thomas et Borkovec, 2009; Ginsburg et Affrunti, 2013; Hale, Engels et Meeus, 2006). Le rejet de la part des parents se définit par l'absence ou le retrait significatif de chaleur, d'affection ou d'amour du parent envers le jeune. Il

	s'exprimerait, entre autres, par des comportements et attitudes prolongés et constants de détachement vis-à-vis du jeune (Bax-D'ateuil, 2012).
--	--

Pratiques éducatives lacunaires	
Haut niveau de contrôle parental.	<p>L'exercice d'un haut niveau de contrôle parental est considéré comme l'une des principales pratiques éducatives ayant une influence sur le développement des symptômes du TAG (Nordahl, Ingul, Nordvik et Wells, 2007; Nordahl, Wells, Olsson, et Bjerkeset, 2010; Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008; Wijsbroek, Hale, Raaijmakers et Meeus, 2011). Il peut cependant exister une relation bidirectionnelle entre l'anxiété du jeune et les comportements contrôlant des parents. Les parents peuvent utiliser le contrôle dans le but de réduire la détresse et l'anxiété du jeune, ce qui a pour effet d'empêcher ce dernier de développer les habiletés nécessaires pour faire face à son environnement et donc d'augmenter son anxiété (Affrunti et Woodruff-Borden, 2015).</p> <p>Les adolescents rapportant des symptômes du TAG perçoivent leurs parents comme étant davantage contrôlants. Cela pourrait s'expliquer par un biais cognitif chez l'adolescent en raison de ses symptômes anxieux (Wijsbroek, Hale, Raaijmakers et Meeus, 2011).</p>
Faible soutien à l'autonomie.	Une relation parent-adolescent laissant peu de place à l'autonomie contribue à augmenter le risque de TAG (Mellins et coll., 2008).
Surprotection.	La surprotection représente un facteur de risque aux troubles anxieux, dont le TAG (Beesdo, Pine, Lieb et Wittchen, 2010; Brown et Whiteside, 2008; Ginsburg et Affrunti, 2013; Nordahl, Ingul, Nordvik et Wells, 2007; Nordahl, Wells, Olsson, et Bjerkeset, 2010). La surprotection est un contrôle excessif de l'environnement du jeune par le parent visant à réduire les expériences de vie aversives, que ces situations représentent une menace réelle ou non. Elle limiterait le développement de l'autonomie du jeune, mènerait à des perceptions que l'environnement est incontrôlable et limiterait les sentiments quant à sa propre compétence et sa propre maîtrise des situations (Bax-D'ateuil, 2012).
Reproches et critiques fréquentes.	<p>Les reproches et critiques fréquentes de la part des parents sont associées à une augmentation des symptômes du TAG (Ginsburg et Affrunti, 2013).</p> <p>La présence de symptômes de TAG chez les adolescents augmente la perception d'une attitude critique de la part de la mère, tels des commentaires qui reflètent un climat émotionnel non soutenant dans la dyade parent-adolescent (Nelemans, Hale, Branje, Hawk et Meeus, 2014).</p>
Punitions et discipline sévères.	<p>Chez les jeunes de 9 à 12 ans, il existe une corrélation entre les symptômes du TAG et l'utilisation des punitions et du renforcement négatif par le parent (Mellon et Moutavelis, 2011).</p> <p>L'utilisation d'une discipline et de punitions sévères est associée au développement de l'anxiété chez les jeunes (Fatori, Bordin, Curto et de Paula, 2013; Rodriguez, 2003; Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008). L'utilisation de punitions corporelles par les parents</p>

	augmenterait, entre autres, l'occurrence du TAG (Afifi, Mota, Dasiewicz, MacMillan et Sareen, 2012; McCullough, Miller et Johnson, 2010).
--	---

Facteurs environnementaux	
Faible statut socioéconomique / Faibles revenus familiaux	<p>Un faible statut socioéconomique augmente le risque de recevoir un diagnostic de TAG (Moffitt et coll., 2007; Shanahan, Copeland, Costello et Angold, 2008).</p> <p>Les revenus familiaux sont corrélés au risque de TAG chez les jeunes de 10 à 14 ans (Mellins et coll., 2008).</p>

Conséquences possibles du trouble d'anxiété généralisée chez l'adolescent

Conséquences comportementales	
Trouble des conduites.	La présence d'un TAG à l'adolescence prédit un trouble des conduites subséquent (Bittner et coll., 2007).
Dépendance à l'alcool.	Le risque de développer une dépendance à l'alcool est augmenté de 3,5 fois en présence d'un TAG chez l'adolescent (Sartor et coll., 2006).
Dépendance aux drogues.	La présence d'un trouble anxieux à l'adolescence, entre autres du TAG, est associée à la consommation et à la dépendance aux drogues (Michel, Purper-Ouakil et Mouren-Siméoni, 2001; Woodward et Fergusson, 2001). La consommation de toxiques servirait à des fins d'automédication en réduisant et en mettant à distance les affects négatifs de l'anxiété (Michel, Purper-Ouakil et Mouren-Siméoni, 2001).
Idéations / tentatives de suicide.	La présence d'un TAG à l'adolescence est associée à une augmentation des idéations suicidaires et des tentatives de suicide . Parmi l'ensemble des troubles anxieux présent à l'adolescence, le TAG est celui pour lequel le risque d'idéations suicidaires est le plus élevé. Pour l'ensemble des troubles anxieux, le risque d'idéations suicidaires est 2,8 fois plus élevé et celui de tentatives de suicide est 1,9 fois plus élevé chez les adolescents. D'autre part, le fait d'être atteint de deux troubles anxieux ou plus augmente de 6 fois le risque d'idéations suicidaires et de 4 fois le risque de tentatives de suicide (Boden, Fergusson et Horwood, 2007).

Conséquences psychologiques	
Troubles anxieux.	La présence d'un TAG durant l'enfance augmente le risque de souffrir d' autres troubles anxieux à l'âge adulte, dont la phobie sociale (Hirshfeld-Becker, Micco, Simoes et Henn, 2008; Woodward et Fergusson, 2001). Le TAG est associé à des hauts taux de comorbidité avec d'autres troubles anxieux. Il est suggéré que ces autres troubles émergent du TAG (Van Eijck, Branje, Hale et Meeus, 2012). Dans l'étude de Masi et ses collaborateurs (2004), 75 % des adolescents aux prises avec un TAG ont un second trouble anxieux (22 % - anxiété de séparation, 15 % - trouble panique, 33 % - phobie sociale, 42 % - phobie spécifique, 23 % - TOC).
Dépression	Le TAG est associé à un plus haut risque de souffrir de dépression par la suite (Andover, Izzo et Kelly, 2011; Hirshfeld-Becker, Micco, Simoes et Henn, 2008; Woodward et Fergusson, 2001).
Troubles alimentaires.	Dans l'étude de Sihvola et ses collaborateurs (2009), les adolescents satisfaisant les critères diagnostiques du TAG à l'âge de 14 ans démontrent un plus grand risque de développer un trouble alimentaire à l'âge de 17 ans.
Troubles du sommeil.	Un diagnostic de TAG chez les adolescents prédit l'augmentation des troubles du sommeil (difficulté à s'endormir, éveil matinal, cauchemars) (Alfano, Ginsburg et Kingery, 2007; Shanahan et coll., 2014).

Conséquences relationnelles	
Relations avec les pairs.	Les adolescents ayant un trouble anxieux, dont le TAG, montrent davantage de dysfonctionnement dans leurs relations d'amitié, leurs relations de couples et leurs relations à l'école . Ceux-ci sont plus enclins à anticiper des conséquences négatives en lien avec certaines situations sociales et démontrent plus de cognitions sociales négatives durant leurs interactions avec leurs pairs (Brumariu, Obsuth et Lyons-Ruth, 2013).

Conséquences académiques	
Absentéisme.	On retrouve une prévalence élevée de TAG (10 %) chez les jeunes qui refusent d'aller à l'école et donc qui ont un problème d'absentéisme (Kearney, 2008).
Difficultés académiques.	Chez les 7 à 11 ans, le TAG est le trouble anxieux associé au plus grand nombre de difficultés académiques , dont des difficultés à se concentrer sur son travail, faire ses devoirs, obtenir de bons résultats scolaires, faire une présentation orale et réaliser des examens (Nail et coll., 2015). Chez les 7 à 14 ans, les jeunes atteints d'un TAG fonctionnent moins bien au plan académique (ex. obtenir de bons résultats scolaires, arriver à l'école à temps, réaliser les activités en classe, faire ses devoirs, passer un examen) et ont plus de difficultés à apprendre comparativement aux jeunes ne présentant aucun trouble anxieux (Mychailyszyn, Mendez et Kendall, 2010).

Facteur de protection

Facteur lié aux parents	
Attachement sécure.	Un attachement sécure protégerait les jeunes des troubles anxieux, dont le TAG (Brown et Whiteside, 2008).

Recension des écrits sur les interventions dans les situations de trouble d'anxiété

Principes généraux de traitement

Différentes modalités	<p>Plusieurs modalités (exemple : questionnaires, agendas) et plusieurs sources d'information (exemple : parents, enseignant, dynamique familiale, enfant) peuvent être utilisées pour évaluer la situation d'un enfant ou d'un adolescent présentant un trouble anxieux (Gosselin et al., 2012).</p> <p>L'évaluation de l'anxiété et de ses troubles devrait porter sur l'examen des trois domaines d'anxiété: cognitif, comportemental et physiologique (Kendall et al., 2004).</p>
Les objectifs de l'évaluation	<p>Les objectifs généralement visés par l'évaluation sont les suivants :</p> <ol style="list-style-type: none">1) identifier les symptômes et manifestations du trouble en tenant compte du contexte dans lequel ils se présentent et évaluer la gravité de ceux-ci (Gosselin et al., 2012; Kendall et al., 2004);2) identifier la présence d'autres conditions ou diagnostics concomitants pouvant engendrer des inquiétudes et se confondre avec le TAG (exemple : phobie sociale, anxiété de séparation, etc.) (Gosselin et al., 2012; Kendall et al., 2004);3) évaluer la détresse associée au problème et le degré d'interférence avec le fonctionnement quotidien (Gosselin et al., 2012);4) comprendre les symptômes, les vulnérabilités ou les facteurs de maintien qui sont propres au jeune (Gosselin et al., 2012);5) comprendre l'évolution des symptômes anxieux et des inquiétudes de l'enfant (Gosselin et al., 2012);6) comprendre l'apport des facteurs environnementaux tels que l'historique familial et les contraintes scolaires et concilier les multiples sources d'informations (parents, enseignants, enfants) (Gosselin et al., 2012; Kendall et al., 2004; March et Ollendick 2004);7) déterminer des objectifs précis et un plan d'intervention adapté (Gosselin et al., 2012);8) évaluer les changements thérapeutiques de manière continue (Gosselin et al., 2012; Kendall et al., 2004; March et Ollendick 2004).
Différentes cibles d'évaluation	<p>Il est important de cibler les besoins de la personne à l'aide d'une évaluation efficace. Par exemple, certaines personnes atteintes d'un TAG pourraient avoir un taux élevé d'intolérance à l'incertitude et pourraient ainsi mieux répondre aux composantes de traitement qui mettent l'accent sur les cognitions, alors que</p>

<p>L'établissement du diagnostic</p>	<p>d'autres personnes avec TAG pourraient avoir de plus faibles capacités de régulation des émotions et ainsi mieux répondre aux composants de traitement émotionnel / comportemental (Behar et al. 2009). Un accent sur les relations interpersonnelles et le traitement des émotions devrait être mis dans l'évaluation (Behar et al. 2009; Borkovec et al., 2002).</p> <p>Exemples d'entrevues structurées et axées sur l'établissement du diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le <i>Child Assessment Schedule</i> (CAS; Hodges, Kline, Fitch, McKnew, & Cytryn, 1981); • Le <i>Anxiety Disorders Interview Schedule for Children/Parents</i> (ADIS-C/P; Silverman & Albano, 1997); • Le <i>Schedule for the Assessment of Conduct, Hyperactivity, Anxiety, Mood, and Psychoactive Substances</i> (CHAMPS; Mannusa & Klein, 1987); • Le <i>National Institute of Mental Health (NIMH) Diagnostic Interview Schedule for Children and Adolescents</i> (DISC 2.3; Shaffer et al., 1996); • Le <i>Diagnostic Interview for Children and Adolescents</i> (DICA; Herjanic & Reich, 1982); • Le <i>Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children</i> (K-SADS; Puig- Antich & Chambers, 1978).
<p>L'identification des symptômes</p>	<p>Les questionnaires permettent d'approfondir l'évaluation des différents symptômes de l'enfant et permettent de situer où se situe l'enfant avant la thérapie pour évaluer son évolution (Gosselin et al., 2012). Voici quelques exemples de questionnaires disponibles en français ayant de bonnes propriétés psychométriques :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le <i>Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorder-Revised</i> (SCARED-R: 66 items: Muris et al., 1999; adaptation; Martin et Gosselin, 2007). Pour l'enfant de 8/ ans et plus, ce questionnaire évalue les symptômes des troubles anxieux. Utile pour faciliter le diagnostic différentiel par le clinicien. • Le <i>Penn State Worry Questionnaire for Children</i> (Tallis, Eysenck et Matthews, 1992). Évalue surtout la tendance de l'enfant (8 ans et plus) à s'inquiéter. • <i>Worry Domain Questionnaire</i> (Tallis, Eysenck et Matthews, 1992), son adaptation francophone (QDI-ado; 45 items; Fournier 1997) ou la version abrégée de 15 items par Tremblay-Picard, Gosselin et Martin (2007), mesure cinq domaines d'inquiétudes : le rejet, le jugement et l'approbation des autres; la maladie, la mort et les menaces physiques; le travail et la performance scolaire; l'argent et les finances; la drogue, l'alcool ou les problèmes avec la police.

<p>Instrument permettant d'évaluer les vulnérabilités cognitives chez les 12 ans et plus</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire sur les inquiétudes et l'anxiété (QIA : Dugas et al., 2001). Adapté et utilisés fréquemment auprès d'ados de 12 à 18 ans (Gosselin et al., 2007). Une adaptation pour les parents est aussi disponible (Gosselin, 2009 DANS Gosselin et al., 2012). <p>Évaluation de différentes vulnérabilités cognitives auprès de l'adolescent de 12 ans et plus (dans Gosselin et al., 2012).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inventaire de l'intolérance de l'incertitude III (Gosselin et al.2008) • Questionnaire d'attitude négative face aux problèmes (GAP) (Gosselin, Ladouceur et Pelletier, 2005); • Questionnaire d'évitement cognitif (QEC) (Gosselin et al., 2002)
<p>La prudence du thérapeute</p>	<p>L'évaluation et le diagnostic des troubles anxieux de l'enfance exigent que le clinicien soit d'abord conscient de plusieurs choses telles que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le comportement normatif et des changements développementaux réguliers concernant les craintes des enfants. En effet, certaines peurs et certains comportements anxieux sont normaux. (Kendall et al., 2004). • La culture et le genre de l'enfant (Kendall et al., 2004). • Les différences cognitives du développement de l'enfant. En outre, ceux âgés de moins de 11 ans auraient des difficultés à répondre aux questions complexes liées à l'émotion et l'exactitude de leurs propos dépendrait de l'acquisition de compétences cognitives et linguistiques spécifiques, ainsi que de la compréhension de soi, des émotions et de la perception des autres (Schniering et al., 2000 DANS Kendall, Pimentel, Rynn, Angelosante, Webb 2004). • La désirabilité sociale peut être une menace à la divulgation des faits avec précisions : Les enfants anxieux peuvent être particulièrement susceptibles à répondre de manière socialement souhaitable en raison de leurs grandes préoccupations au sujet de la performance et de l'évaluation négative (Kendall et al., 2004).
<p>L'auto-observation des inquiétudes par l'enfant</p>	<p>L'auto-observation des inquiétudes et des conséquences appréhendées</p> <p>Dans un journal ou un agenda, par exemple, les enfants décrivent les situations liées aux préoccupations, rapportent les émotions liées, leur intensité et les comportements qui y sont associés. Cet exercice permet, entre autres, d'identifier le contexte particulier des inquiétudes fréquentes et les conséquences appréhendées. Ceci permet aussi de cibler l'automatisme des pensées de l'enfant</p>

<p>L'évaluation du fonctionnement familial</p>	<p>et les stratégies d'évitement qu'il utilise (Gosselin et al., 2002). Une colonne peut aussi être ajoutée afin que l'enfant note la réaction des autres par rapport à ses inquiétudes (Gosselin et al., 2002).</p> <p>Il est recommandé que les intervenants procèdent à l'évaluation du fonctionnement familial dans leur évaluation psychiatrique complète des jeunes souffrant de troubles anxieux. Les problèmes familiaux pourraient avoir pour impact sur l'augmentation du taux d'anxiété de l'enfant (Kendall, et al., 2004; Norman et al., 2015).</p> <p>Chez les parents il faut observer les attitudes et les stratégies disciplinaires qui contribuent au maintien ou à l'amplification de l'anxiété telles que (Ginchereau, 2012) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'attention donnée aux comportements inappropriés; • le perfectionnisme et la critique; • le sentiment d'incompétence; • la difficulté à contrôler ses émotions; • la surprotection et la culpabilité • la réponse aux caprices; • la surcharge d'activités; • le manque de constance; • les messages contradictoires; • les comportements qui sécurisent l'enfant. <p>Les parents doivent aussi avoir la possibilité de discuter de leurs préoccupations et de fournir des informations qui peuvent être utiles pour le traitement (Kendall et al., 2004).</p>
---	--

Les interventions auprès du jeune souffrant d'un trouble d'anxiété

<p>La TCC</p>	<p>Les psychothérapies de type cognitive-comportementale (TCC) sont privilégiées pour le traitement des troubles anxieux (Direction de santé publique, 2003). Elles visent à outiller le jeune pour qu'il soit en mesure de faire face à ses symptômes d'anxiété et à les maîtriser en restructurant ses pensées dans un cadre plus positif (Direction de santé publique, 2003).</p> <p>La TCC vise à (Clinique Focus, 2013) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • informer la personne sur les types d'inquiétudes et les facteurs explicatifs de son trouble; • développer la tolérance à l'incertitude; • faciliter la résolution de problème; • développer des habiletés de gestion des réactions anxieuses excessives (ex., relaxation); • corriger les croyances irréalistes par rapport aux inquiétudes et à diminuer l'anxiété face à ses inquiétudes.
----------------------	---

<p>Les composantes de la TCC</p>	<p>Les composantes de base de la TCC comprennent la psychoéducation, l'exposition progressive à la réalité (in vivo), la restructuration cognitive, les techniques de relaxation et la prévention des rechutes.</p>
<p>Prévoir les périodes réservées aux inquiétudes et au stress</p>	<p>La psychoéducation sur l'inquiétude et l'anxiété consiste à enseigner d'abord à l'enfant comment distinguer les types d'anxiété et les inquiétudes. Elle devrait aider l'enfant à comprendre ce qu'est l'anxiété (différencier l'anxiété normale de l'anxiété excessive), le développement des inquiétudes excessives, l'interaction entre les pensées, les émotions et les comportements, etc. (CTREQ, 2013; Gosselin et al., 2012).</p> <p>Ensuite, elle devrait fournir à l'enfant de l'information sur ses différentes réactions corporelles ou émotionnelles liées à l'anxiété (Focus, 2013; Kendall et al., 2004), l'origine des symptômes, les facteurs explicatifs de son TAG et sur les divers types d'inquiétudes. L'enfant apprend alors que ses réactions sont les premiers signaux importants à connaître pour gérer l'anxiété non désirée (Kendall et al., 2004).</p> <p>Les objectifs principaux du traitement sont d'aider les enfants à apprendre à reconnaître les signes de l'excitation anxieuse, d'utiliser ces signes comme des indices pour employer des stratégies acquises de gestion de l'anxiété et clarifier les pensées ou cognitions dans des situations anxiogènes (James et al., 2015; Kendall et al., 2004).</p> <p>Les inquiétudes chez les enfants et adolescents présentant un TAG leur paraissent souvent hors de contrôle. Prévoir des périodes réservées aux inquiétudes et au stress inciterait l'enfant à regrouper ses inquiétudes dans une période unique qu'il s'est fixé d'avance. Le fait de fixer ces périodes permettrait au jeune de rassembler ses soucis, de les évacuer à un moment précis et de le faire de façon acceptable. Ceci offrirait à l'enfant un meilleur sentiment de contrôle sur son anxiété (CTREQ, 2013; Gosselin et al., 2012).</p>
<p>Utilisation d'un journal personnel</p>	<p>Le «journal personnel» peut constituer un bon moyen pour retenir les inquiétudes. Le temps prévu pour une telle période doit être bien planifié. Un moment habituellement opportun est celui après les devoirs et le souper. Pour les enfants, une dizaine de minutes accompagnée des parents suffirait. Pour les plus vieux, on parle plutôt de 20 à 30 minutes par jour. Toutefois, si celui-ci est trop près de l'heure du coucher, il peut nuire au sommeil (Gosselin et al., 2012).</p>
<p>L'exposition graduelle</p>	<p>L'exposition graduelle aiderait l'enfant à : s'habituer à son anxiété, apprendre à tolérer les incertitudes; diminuer les inquiétudes par rapport à l'objet appréhendé; tester ses pensées erronées; mettre en application ses habiletés de restructuration (Gosselin et al., 2012). L'exposition graduelle aux incertitudes et à la nouveauté consiste à habituer graduellement le jeune à son anxiété et à diminuer les inquiétudes face à une situation appréhendée (CTREQ, 2013).</p>

<p>L'exposition cognitive</p> <p>La prévention de la réponse anxieuse</p>	<p>Les expositions <i>in vivo</i> sont extrêmement importantes, car ces situations fournissent aux enfants de réelles opportunités pour pratiquer les étapes de leur plan. C'est pourquoi le plan de chaque enfant doit être adapté en fonction de ses inquiétudes spécifiques (Kendall et al., 2004).</p> <p>Le thérapeute aide l'enfant par la suite à évaluer ses performances et à penser à une récompense. Il est bénéfique pour le thérapeute et l'enfant de collaborer à la création d'une exposition <i>in vivo</i> qui a du sens et qui est mémorable pour l'enfant (Kendall et al., 2004).</p> <p>L'intervenant doit d'abord dresser avec l'enfant une liste de situations comportant un risque ou pour laquelle la nouveauté crée un inconfort. Deuxièmement, l'enfant précise les risques perçus pour chaque situation et évalue la peur ou le malaise associé (par exemple sur une échelle de 1 à 10). Cette étape permettrait de construire une hiérarchie d'exposition aux incertitudes, d'aider l'enfant à se fixer un but à atteindre et à diminuer les risques d'évitement (Gosselin et al., 2012).</p> <p>L'exposition cognitive consiste à cibler précisément l'objet d'inquiétude. Il s'agit non pas seulement à exposer l'enfant à une situation qui lui amène de l'inquiétude, mais aux conséquences appréhendées découlant de cette situation (Gosselin et al., 2012).</p> <p>Inventer une histoire précise dérivant l'inquiétude de l'enfant pour chaque situation peut être utilisé. L'enfant rédige alors un court scénario d'une situation anxiogène, mais réaliste, au présent en utilisant le plus de sens possible. (Gosselin et al., 2012).</p> <p>Le clinicien doit faire preuve d'imagination pour permettre à l'enfant d'être intéressé par l'histoire. Par exemple, la bande dessinée peut être utilisée ou même une claquette de cinéma avec une échelle de peur maximum ressentie allant de 0 à 10 après chaque lecture du scénario. Les enfants plus vieux peuvent aussi préférer écouter le scénario sur leur IPOD ou lecteur MP3 (Gosselin et al., 2012). Les premières lectures se font en présence de l'intervenant. Ensuite, l'enfant est invité à lire le scénario à ses parents ou seul, selon son âge, 15 à 30 minutes chaque jour en notant le niveau de peur à chaque lecture (Gosselin et al., 2012). Lorsque le niveau de peur rapporté par l'enfant après la lecture de la situation diminue, un autre scénario est construit à partir des inquiétudes les plus importantes (Gosselin et al., 2012).</p> <p>La prévention de la réponse anxieuse est une composante préalable ou conjointe à l'exposition. Elle permettrait de cibler les réactions ou les comportements de l'enfant qui visent à diminuer l'inconfort. Les observations des premières semaines peuvent être utiles pour identifier lesdites réactions. Exemple de réactions préventives : appeler un ami pour se rassurer, questionner ses parents, questionner l'enseignante après les cours, etc. (Gosselin et al. 2012).</p>
---	---

<p>L'entraînement à la résolution de problèmes</p>	<p>Lorsque le jeune a pris conscience des problèmes à la base de ses inquiétudes, il peut ensuite restructurer ses croyances par rapport à ses habiletés.</p> <p>L'entraînement à la résolution de problèmes consiste à (Clinique Focus, 2013; CTREQ, 2013; Gosselin et al., 2012) :</p> <p>A) définir le problème en récoltant le plus d'informations possible sur la situation (le contexte, les personnes concernées, ce qui est inacceptable, comment devrait être la situation, les obstacles, etc.);</p> <p>B) trouver le plus de solutions possible à la situation évoquée et prendre en considération la diversité et le nombre de solutions. Les parents ou l'intervenant peuvent contribuer à cette étape et fournir des idées de solutions;</p> <p>C) évaluer chaque solution et faire un choix. Pour y arriver, il est utile de comparer les répercussions des solutions, l'efficacité, les avantages et les inconvénients de chaque solution;</p> <p>D) appliquer la solution choisie et vérifier les résultats. Cela peut se faire à l'aide de jeux de rôle. Cela contribuera à préparer l'enfant à l'action;</p> <p>E) modifier la solution ou en appliquer une autre au besoin.</p>
<p>L'auto-récompense</p>	<p>Les enfants souffrant d'anxiété généralisée peuvent se placer des normes de réalisation de soi très élevées et peuvent être cruels et critiques envers eux-mêmes s'ils ne parviennent pas à répondre à ces normes. Par conséquent, il est important pour le thérapeute de souligner et d'encourager l'auto-récompense pour l'effort et la réussite partielle, malgré les imperfections apparentes (Kendall, Pimentel, Rynn, Angelosante, Webb 2004).</p>
<p>La relaxation musculaire</p>	<p>La relaxation musculaire progressive est aussi parallèlement enseignée aux enfants. Elle est utilisée pour aider l'enfant à se détendre, diminuer les tensions, améliorer le sentiment de contrôle et développer une prise de conscience des réactions physiologiques reliées l'anxiété (Clinique Focus, 2013, CTREQ, 2013; Gosselin et al., 2012; Kendall et al., 2004).</p> <p>Les différentes techniques consistent principalement à contracter un muscle pendant quelques secondes puis à le relâcher. L'enfant doit alors se concentrer sur la différence entre la tension et la détente. Cette séquence doit être répétée à plusieurs reprises (Clinique Focus, 2013, CTREQ, 2013; Gosselin et al., 2012; Kendall et al., 2004).</p> <p>Ces exercices peuvent être particulièrement bénéfiques pour les enfants dont l'inquiétude est accompagnée de symptômes somatiques plus sévères (Kendall et al., 2004).</p>

<p>Le rôle du thérapeute</p>	<p>Le thérapeute sert de modèle au cours de chaque phase de la résolution de problèmes en rappelant à l'enfant que les problèmes et les défis font partie de la vie ou par le remue-méninges d'idées sans jugement (Kendall et al., 2004). Avec l'acquisition de compétences en résolution de problèmes, les enfants développent une confiance dans leur capacité à gérer les situations anxiogènes, ainsi que les défis quotidiens qui se présentent (Kendall et al., 2004).</p> <p>Afin que l'enfant puisse retrouver une trajectoire de développement normal dans la mesure du possible, une des tâches du praticien est de bien connaître le développement normal d'un enfant pour élaborer un programme de traitement spécifique afin d'éliminer et de modifier les contraintes nuisibles et déficientes (March et Ollendick 2004).</p> <p>Lorsque cela est approprié, le thérapeute peut révéler des expériences passées qui sont pertinentes pour l'expérience anxieuse de l'enfant en décrivant ses propres sentiments ou pensées dans ces situations. Cette auto-divulgateion pourrait contribuer à créer une atmosphère confortable permettant des discussions ouvertes sur les sentiments dans les sessions futures, à renforcer le rôle de modèle du thérapeute et à normaliser l'anxiété de l'enfant (Kendall, et al., 2004).</p> <p>Pour que les jeux de rôle soient moins menaçants, le thérapeute peut d'abord jouer le rôle en premier et l'enfant le précède; c'est-à-dire, le thérapeute décrit à l'enfant ce qu'il ressent et demande si l'enfant éprouve des sentiments semblables ou différents (Kendall et al., 2004). Peu à peu, l'enfant augmente son implication dans les jeux de rôle et dans la description de l'expérience anxieuse, tandis que celle du thérapeute diminue. Les enfants sont encouragés à jouer les scènes seules à la fin du processus lorsqu'ils ont acquis de nouvelles compétences (Kendall et al., 2004).</p>
-------------------------------------	---

Les interventions auprès de la famille	
<p>Les interventions familiales</p>	<p>L'engagement de la famille dans le traitement pour l'anxiété de l'enfant pourrait être amélioré si, en plus d'enseigner aux parents comment aider les enfants à affronter de nouvelles situations, le traitement se concentre également sur l'amélioration de la relation parents-enfants et l'augmentation de la conformité des enfants dans des situations stressantes (Carpenter et al., 2014).</p> <p>Pour aider adéquatement le jeune, les parents ou adultes devraient (Clinique Focus, 2013) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • connaître le trouble; • comprendre ce que le TAG implique sur le fonctionnement de l'enfant;

<p>La gestion du stress</p>	<ul style="list-style-type: none"> • écouter attentivement les plaintes de l'enfant; • aider l'enfant à identifier ses émotions et pensées liées au TAG; • accompagner l'enfant pour remettre en doute ces émotions et pensées dans le but de l'aider à en cibler de nouvelles plus réalistes. <p>Les principaux aspects de la TCC pour parent / famille impliquent de (James et al., 2015) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • modifier les croyances des parents sur les façons d'aider leur enfant anxieux; • aider les parents à répondre de manière appropriée aux comportements anxieux et évitant de l'enfant; • aider les parents à gérer leur propre anxiété. <p>En plus de donner des renseignements sur l'anxiété et le trouble de leur enfant, la psychoéducation pour les parents peut inclure une description des comportements parentaux spécifiques qui maintiennent ou augmentent l'anxiété chez les enfants (par exemple, le surcontrôle, la critique et la modélisation anxieuse) (Drake et Ginsburg 2012).</p> <p>Lorsque c'est approprié, ils sont aussi encouragés à aider leurs enfants à pratiquer des techniques de relaxation, à participer à l'exposition des situations dans la vie du jeune et peuvent faire partie intégrante du processus de récompense (Kendall et al., 2004).</p> <p>Voici quelques lignes directrices pour favoriser la gestion du stress chez l'enfant par le parent (CTREQ, 2013) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • favoriser de bonnes stratégies adaptatives chez l'enfant. Exemples : technique de résolution de problème, autosuggestion et techniques de relaxation; • prévenir du stress parental; • développer une vie familiale adéquate; • avoir une routine fixe; miser sur la régularité et la stabilité; • établir des règles de conduite sécurisantes : limites claires, règles courtes (l'enfant doit savoir ce que l'on attend de lui); • garantir la sécurité physique de l'enfant (offrir la sécurité et l'affection en accueillant les émotions de l'enfant et lorsqu'il est blessé ou malade); • offrir une présence de qualité à son enfant; prendre du temps pour être avec lui dans la semaine, faire des activités exclusivement avec l'enfant; • tenir ses promesses;
------------------------------------	---

<p>Diminuer les demandes de réconfort</p>	<ul style="list-style-type: none"> • éviter d’avoir des écarts d’humeur excessifs; • opter pour une qualité de vie saine (exercice et alimentation); • offrir une préparation adéquatement et une bonne gestion lors de grand changement; • diminuer leurs exigences envers leurs enfants et comprendre ce qui pousse le parent à agir ainsi; • discuter avec l’enfant, l’informer des frustrations qu’il pourrait vivre par exemple à l’école; • exprimer de la fierté envers son enfant et lui assurer un amour et un soutien constant; • consulter l’enseignant si l’adaptation scolaire est difficile; • ne pas minimiser le stress de son enfant et être attentif aux signaux de stress; • aider l’enfant à reconnaître ses symptômes de stress et à développer des stratégies de résolution de conflit; • diminuer les bruits extérieurs le plus possible (présence de bruit comme la télévision lors des repas); • encourager l’enfant à faire de l’activité physique, à participer à des activités parascolaires non compétitives et pratiquer la relaxation avec son enfant avant le coucher; • guider l’enfant dans l’acquisition d’une bonne estime de soi; • encourager l’enfant à demander de l’aide lorsqu’il vit une situation stressante. <p>Lorsque c’est nécessaire, les parents peuvent être pris en charge par un autre intervenant pour faire leur propre démarche (Gosselin et al., 2012).</p> <p>Les parents devraient rassurer l’enfant une fois seulement lorsque celui-ci est inquiet. La période d’inquiétudes ciblée par l’enfant peut aussi être utilisée en famille pour revenir sur ce qui préoccupe l’enfant. Le parent devrait inviter l’enfant à utiliser cette période (Gosselin et al., 2012).</p> <p>Pour diminuer les demandes de réconforts, les parents peuvent dire à l’enfant qu’ils ont déjà répondu et qu’ils ignoreront la prochaine demande similaire. Cela suffirait parfois à le réconforter par rapport à certaines inquiétudes, puisqu’il sait que ces parents ne le laisseront pas dans une situation de danger (Gosselin et al., 2012).</p> <p>Si le parent trouve trop difficile de diminuer le réconfort, une hiérarchie d’élimination des demandes de réconforts pourrait être établie. De même, l’anxiété du parent, les comportements de surprotection et le sentiment de culpabilité pourraient aussi être abordés (Gosselin et al., 2012).</p>
--	--

<p>La gestion d'urgence</p>	<p>Il serait important aussi pour le parent d'avoir des périodes de jeu ou de discussions positives avec l'enfant non dirigées vers le besoin de réconfort de l'enfant relié à son anxiété (Gosselin et al., 2012).</p> <p>La gestion d'urgence consiste à montrer aux parents comment récompenser le comportement courageux (ou nouveau comportement) et " ignorer " (ne pas récompenser ni renforcer) les comportements anxieux et évitants (Drake et Ginsburg 2012; Gosselin et al., 2012; Manassis et al. 2014).</p> <p>Pour faciliter le suivi, les parents et les enfants peuvent créer une liste des différents renforçateurs (par exemple, des activités, des récompenses sociales ou tangibles) qui seront gagnés pour souligner le comportement courageux et faire face à l'anxiété (Drake et Ginsburg 2012). Toutefois, des félicitations sincères sont souvent suffisantes (Gosselin et al., 2012).</p> <p>Les parents peuvent utiliser des contrats écrits pour mettre en œuvre ce système de récompense à la maison (Drake et Ginsburg 2012).</p>
<p>La résolution de problèmes</p>	<p>La résolution de problème encourage les parents et les enfants à élaborer un plan pour faire face à leur anxiété et pour résoudre certains problèmes qui peuvent augmenter le stress et l'anxiété (par exemple, les conflits) (Drake et Ginsburg 2012).</p> <p>Les étapes de la résolution de problèmes à faire avec l'enfant sont (Drake et Ginsburg 2012):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. se calmer (il est préférable d'essayer de résoudre des problèmes lorsque les personnes sont calmes); 2. posséder le problème (identifier la partie du problème qui est sous son contrôle); 3. faire une liste de solutions (remue-méninges de solutions sans les juger); 4. choisir une solution (après avoir énuméré les avantages et les inconvénients de chacun); 5. s'engager dans une solution (choisir celle qui semble le mieux, évaluer les résultats, et répéter, si nécessaire);

Interventions pharmacologiques

Pharmacologie spécifique au trouble d'anxiété généralisé (TAG)

Plutôt que d'être spécifiques aux sous-catégories cliniques des troubles d'anxiété comme c'est le cas pour traiter les adultes et parfois les adolescents, les traitements médicamenteux destinés aux jeunes enfants ont tendance à être assez génériques (Cartwright-Hatton, 2013).

Lorsque le fonctionnement quotidien du jeune est perturbé en raison du trouble, il peut être nécessaire d'avoir recours à la pharmacothérapie. Il est conseillé de l'utiliser en complémentarité avec une psychothérapie et en dernier recours (Direction de santé publique, 2003; Cartwright-Hatton, 2013).

En raison des risques d'accoutumance, les benzodiazépines sont utilisées rarement ou sur de courtes périodes. Généralement, le traitement pharmacologique pour les troubles anxieux consiste en l'usage d'antidépresseurs pour la recapture de la sérotonine tels le *Prozac*, le *Zoloft*, le *Paxil* et le *Celexa* et de la recapture de la sérotonine-norépinéphrine comme l'*Effexor-XT*. (Direction de santé publique, 2003; Cartwright-Hatton, 2013).

Les options de médicament pour le traitement du TAG chez les enfants et les adolescents comprennent les benzodiazépines, les non-benzodiazépines Bupirone anxiolytiques, les inhibiteurs de recapture de la sérotonine (ISRS) et les antidépresseurs tricycliques (ATC) (Kendall et al., 2004).

Efficacité des interventions

Impacts des interventions spécialisés

Les troubles anxieux chez les enfants peuvent être traités efficacement. Il y a suffisamment de preuves pour recommander la **thérapie comportementale** ou la **thérapie cognitive-comportementale** (Reynolds, Wilson, Austin et Hooper 2012).

La supériorité de la TCC

La TCC et les **traitements fondés sur l'exposition** seraient efficaces, auraient une durabilité des effets d'une durée minimale de post-traitement de 1 an et recevraient une partie du soutien empirique le plus à jour (Compton, Burns, Egger et Robertson, 2002; Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarian et Chorpita, 2016). Ceux-ci seraient plus efficaces que la relaxation, entre autres (Cuijpers, Sijbrandij, Koole, Huibers, Berking et Andersson 2014).

Reynolds, Wilson, Austin et Hooper, (2012) ont réalisé une méta-analyse de 55 études contrôlées sur le traitement de l'anxiété chez les enfants, pour un échantillon total de 2434 jeunes. L'âge des enfants variait de 3 à 16 ans. Les traitements évalués étaient principalement **la TCC individuelle, la TCC de groupe et la TCC avec la participation des parents**. Les résultats montrent que les tailles d'effet seraient en général modérées.

Selon James et al. (2015), il existerait une différence importante entre le **traitement individuel, de groupe et familiale de la TCC pour la réduction des symptômes**. En effet, les formats de groupe ou parentaux/familiaux de la TCC produiraient une plus grande réduction des symptômes que celle de la thérapie individuelle. Cependant, aucune différence n'a été notée pour **la rémission** entre les différentes formes de TCC soit individuelles, groupe et familiales (James et al., 2015).

Les traitements basés sur **la TCC** qui ne comprennent pas spécifiquement des approches fondées sur l'exposition ont tendance à avoir des tailles d'effet plus petites (Higa-McMillan et al., 2016).

La plupart des études auraient rapporté des résultats montrant des avantages évidents pour la TCC comparativement aux enfants sur la liste d'attente (James, James, Codrey, Soler et Choke 2015).

La TCC aurait un grand effet par rapport à un effet modéré pour les interventions non spécifiques (Ale et al., 2015; Behar, DiMarco, Hekler, Mohlman, et Staples, 2009).

La TCC pour le traitement du TAG aurait donné des résultats prometteurs et relativement stables dans le temps dans la plupart des études (Covin, Ouimet, Seeds et Dozois, 2008; Kendall, et al., 2004).

Les approches combinées : TCC et

Les traitements ayant un bon support empirique sont souvent combinés dans les protocoles de traitement avec la TCC et ils **incluent la psychoéducation familiale, la relaxation, l'affirmation de soi et la résistance au stress** (Higa-McMillan et al., 2016).

<p>autres types d'intervention</p> <p>L'apport de la médication</p>	<p>Selon certains résultats, la thérapie intégrative (combinant la TCC avec des techniques de résolution de problèmes interpersonnels et d'évitement affectif) diminuerait de manière significative la symptomatologie du TAG, avec un maintien des gains jusqu'à 1 an après le traitement (Newman et al., 2008).</p> <p>les programmes de TCC qui implique des éléments informatisés (thérapeute en ligne, devoirs à la maison, monitoring ou <i>rétroaction</i> par courriel, formation et conférence sur internet, etc.) seraient bien accueillis par les enfants et leurs familles, et l'efficacité serait presque aussi favorable que la TCC en clinique (Rooksbya, Elouafkaouib, Humphrisc, Clarksona et Freemanana 2015).</p> <p>Les filles et les jeunes enfants répondraient nettement mieux à la TCC incluant la gestion familiale qu'à la TCC seule (Silverman et al. 2008 DANS Higa-McMillan, Francis, Rith-Najarianet et Chorpita , 2016)</p> <p>Borkovec, Newman, Pincus et Lytle (2002) ont constaté dans leur étude que la relaxation, la thérapie cognitive ou une combinaison de ces méthodes entraîneraient une amélioration significative de l'anxiété généralisée et que cette amélioration serait maintenue pendant 2 ans.</p> <p>La TCC est considérée comme étant le traitement de choix pour le Centre of Knowledge on Healty Child Development (n.d). Si un enfant ou un adolescent plus âgé ne réagit pas favorablement à la thérapie cognitive-comportementale, les médicaments peuvent être ajoutés au traitement selon eux.</p> <p>Les interventions de première ligne pour les troubles anxieux de l'enfance incluent généralement la thérapie cognitive-comportementale (TCC), la gestion du trouble par des médicaments inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et une combinaison de ces deux traitements (Rapee, 2011; Silverman, Pina et Viswesvaran, 2008; Walkup et al, 2008; dans Norman, Silverman et Lebowitz 2015).</p> <p>La pharmacothérapie et la TCC seraient les seules approches thérapeutiques des troubles anxieux dont l'efficacité a été validée scientifiquement (Direction de santé publique, 2003).</p> <p>De nombreux cliniciens et chercheurs croient par contre que la combinaison de la thérapie spécifique cognitive-comportementale (TCC) et les médicaments serait le traitement initial pour la plupart des enfants et des adolescents souffrant de troubles anxieux diagnostiqués (March et Ollendick 2004).</p> <p>Compton et al. (2014) ont rapporté que les patients, toutes caractéristiques confondues, bénéficieraient plus d'un traitement combiné TCC et <i>Sertraline</i> (médication) que de la <i>Sertraline</i> seule, la TCC seule et la médiation Placebo.</p> <p>L'utilisation de la combinaison de médicaments et de la TCC pour le traitement du TAG a plusieurs avantages potentiels. En effet, les jeunes souffrant d'un TAG qui</p>
---	---

<p>L'implication de la famille dans le traitement TCC</p>	<p>ne répondraient pas à l'une des approches peut être sensible à l'autre, ou à la combinaison des deux (Kendall et al., 2004). Fait à noter, les jeunes ayant un trouble d'anxiété généralisée auraient de plus grands bénéfices lorsqu'ils ont une TCC seule comparativement à la prise de <i>Sertraline</i> seule (Higa-McMillan et al., 2016).</p> <p>Comparativement à un traitement placebo, tous les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine-noradrénaline (SSNRIs) chez les patients pédiatriques atteints d'un trouble anxieux sans trouble obsessionnel-compulsif (TOC) seraient efficaces (Strawn, Welge, Wehry, Keeshin et Rynn 2015).</p> <p>Dans le traitement des adolescents souffrant de troubles anxieux, comparativement à la médication seule, la combinaison de la thérapie familiale systémique avec des médicaments entraînerait une réduction plus importante des symptômes et une plus grande amélioration de la qualité de vie et de l'éducation (Bao et Yang, 2011 DANS Retzlaff, Sydow, Beher, Haun et Schweitzer 2013).</p> <p>Il existerait quelques preuves que la thérapie systémique serait efficace dans le traitement des troubles anxieux et les résultats seraient stables sur des périodes allant jusqu'à 5 ans de suivi (Retzlaff et al., 2013).</p>
<p>La participation des parents</p>	<p>La participation des parents dans le traitement pourrait faire en sorte de surmonter les obstacles reliés aux parents qui contreviennent à la réussite du traitement et faciliter l'utilisation continue des compétences, apprises lors du traitement, au-delà de la fin de celui-ci (Manassis et al. 2014). Toutefois, bien que la méta-analyse de Manassis et al., (2014) a indiqué que l'inclusion des parents pourrait faciliter le maintien des gains thérapeutiques et améliorer l'efficacité du traitement psychosocial, d'autres recherches n'auraient pas de conclusions fiables quant à l'augmentation des gains du traitement lors d'une telle implication (Reynolds, Wilson, Austin et Hooper 2012; Silverman et al, 2008).</p> <p>D'autres travaux indiquent que le traitement des troubles anxieux chez les très jeunes enfants pourrait être efficace, mais en travaillant directement avec les parents (Cartwright-Hatton 2011).</p>
<p>Non-différenciation selon l'âge et le sexe des jeunes</p>	<p>Dans une récente méta-analyse des essais cliniques randomisés, Manassis et al. (2014) ont constaté que le sexe ne serait pas un prédicteur significatif de l'issue du traitement, tandis que le type d'implication des parents le serait.</p> <p>On ne retrouve aucune différence significative de taille d'effet entre les tranches d'âge (Ale et al. 2015; Manassis et al. 2014).</p> <p>Lorsqu'elles sont appliquées avec sensibilité, les approches de TCC classiques pourraient être efficaces chez les enfants dès l'âge de six ans et même, lorsqu'elles</p>

<p>Non-réponse aux traitements</p>	<p>sont adaptées davantage dans une optique de thérapie par le jeu, dès l'âge de quatre ans (Hirshfeld-Becker et al. 2010; Silverman et al., 1999; Shortt, Barrett et Fox, 2001 DANS Cartwright-Hatton, 2013).</p> <p>Quel que soit le type de traitement, les prédicteurs non spécifiques de la réussite de l'intervention seraient les caractéristiques de base des participants (Kraemer, Wilson, Fairburn, & Agras, 2002; dans Higa-McMillan, et al., 2016). Par exemple, les enfants avec une psychopathologie de base plus sévère et ceux dont les parents ont le plus de stress et de fatigue ou qui ont souffert de problèmes psychopathologiques seraient moins susceptibles de bénéficier de la TCC (Berman et al, 2000; Compton et al, 2014; Crawford et Manassis, 2001; Higa-McMillan et al., 2016).</p> <p>Selon certains auteurs, un nombre important d'enfants et d'adolescents ne répondraient pas positivement aux interventions ou feraient des rechutes après le traitement (Norman, Silverman et Lebowitz 2015).</p> <p>Plusieurs facteurs ont été identifiés comme des obstacles possibles à la réussite du traitement. Par exemple : la grande sévérité des symptômes, la comorbidité avec la dépression, la psychopathologie parentale, les conflits conjugaux et l'engagement minimal envers le traitement (Rey, Marin. et Silverman 2011).</p> <p>Certains obstacles parentaux pourraient également modérer la réponse aux traitements. Entre autres, l'attention donnée par les parents aux comportements d'évitement ou de retrait de leur enfant, l'anxiété des parents, le dysfonctionnement familial global, le stress parental et la fréquence à laquelle les parents sont irritables en colère ou critiquent leur enfant prédirait une moins bonne réponse au traitement. (Carpenter, Puliafico, Kurtz, Pincus et Comer 2014; Drake et Ginsburg 2012; Crawford et Manassis 2001).</p> <p>Il existerait aussi des preuves empiriques que les propres problèmes psychopathologiques des parents pourraient nuire à leur capacité de participer adéquatement dans la mise en œuvre du traitement. Les parents ayant une mauvaise tolérance à la détresse pourraient avoir en effet des difficultés à tolérer celle de leur enfant, en particulier lorsque les enfants s'adonnent volontairement, comme le prescrit le traitement, aux tâches d'exposition ou d'activation comportementale hors de leur zone de confort (Carpenter et al., 2014).</p>
---	---

Impact des interventions préventives

Les interventions de prévention - universelles, sélectives et ciblées – réduiraient le risque de troubles intériorisés et le nombre de symptômes du trouble anxieux jusqu'à 12 mois. Plus précisément, les programmes de prévention qui ciblent les facteurs de risque associés aux troubles intériorisés pourraient entraîner des effets plus importants que ceux qui ciblent directement un trouble en particulier. Les approches de prévention pourraient donc être jugées utiles si elles sont utilisées de manière répétée avec les enfants et les adolescents. Toutefois, peu de recherches portent sur des suivis à long terme (Stockings, Degenhardt, Dobbins, Lee, Erskine, Whiteford et Patton 2016).

Pour les interventions de prévention sélectives (selon les facteurs de risque), les interventions psychologiques (qu'elles soient livrées seules ou en combinaison avec du matériel éducatif) sembleraient entraîner une réduction des symptômes internalisés plus importante que d'autres types d'intervention (Stockings et al., 2016).

Références

- Afifi, T. O., Mota, N. P., Dasiewicz, P., MacMillan, H. L. et Sareen, J. (2012). Physical punishment and mental disorders: Results from a nationally representative US sample. *Pediatrics*, *130*(2), 184-192.
- Affrunti, N. W. et Woodruff-Borden, J. (2015). Parental perfectionism and overcontrol: Examining mechanisms in the development of child anxiety. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *43*, 517-529.
- Ale, C.M., McCarthy, D.M., Rothschild, L.M., et Whiteside S.P.H. (2015). Components of Cognitive Behavioral Therapy Related to Outcome in Childhood Anxiety Disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *18* (3) 240-251.
- Alfano, C. A., Ginsburg, G. S. et Kingery, J. N. (2007). Sleep-related problems among children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *46*(2), 224-232.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC : APA.
- Andover, M. S., Izzo, G. N. et Kelly, C. A. (2011). Comorbid and secondary depression. Dans D. McKay et E. A. Storch (éds.), *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (p. 135-154). New-York, NY : Springer.
- Asselmann, E. et Beesdo-Baum, K. (2015). Predictors of the course of anxiety disorders in adolescents and young adults. *Current Psychiatry Reports*, *17*(7).
- Bax-D'auveuil, F. (2012). Trouble d'anxiété généralisée et comportements parentaux perçus durant l'enfance : une étude rétrospective (thèse de doctorat inédite). Sherbrooke, Canada : Université de Sherbrooke, 146 p.
- Bayer, J.K. et Beatson, R. (2013). Prévention et intervention précoce pour l'anxiété et la dépression. *CEDJE/RSC-DJE | Anxiété et dépression* *43*, 1-6.
- Beesdo, K., Pine, D. S., Lieb, R. et Wittchen, H.-U. (2010). Incidence and risk patterns of anxiety and depressive disorders and categorization of generalized anxiety disorder. *Archives of General Psychiatry*, *67*(1), 47-57.
- Behar, E., DiMarco, J.D., Hekler, E.B., Mohlman, J., et Staples, A.M. (2009). Current theoretical models of generalized anxiety disorder (GAD): Conceptual review and treatment implications. *Journal of Anxiety Disorders* *23*, (8)1011-1023.
- Berman, S. L., Weems, C. F., Silverman, W. K., & Kurtines, W. M. (2000). Predictors of outcome in exposure-based cognitive and behavioral treatments for phobic and anxiety disorders in children. *Behavior Therapy*, *31*, 713-731.

- Birmaher, B. et coll. (2009). Lifetime psychiatric disorders in school-aged offspring of parents with bipolar disorder: The Pittsburgh bipolar offspring study. *Archives of General Psychiatry*, 66(3), 287-296.
- Bittner, A., Egger, H. L., Erkanli, A., Costello, E. J., Foley, D. L. et Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(12), 1174-1183.
- Blondeau, J. et Bouvette, A. (2010). Trouble d'anxiété généralisée : savoir le reconnaître et comprendre son impact sur le fonctionnement cognitif. *Santé Mentale au Québec*, 35(1), 221-245.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., Horwood, L. J. (2007). Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37, 431-440.
- Bögels, S.M. et Brechman-Toussaint, M.L. (2006). Family issues in child anxiety: Attachment, family functioning, parental rearing and beliefs. *Clinical Psychology Review*, 26, 834-856.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (2)288–298.
- Brittany, L.M., Koehn, A.J., Abtahi, M.M., Kerns, K.A. (2016) Emotional competence and anxiety in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19 (2), 162-184.
- Brown, A. M. et Whiteside, S. P. (2008). Relations among perceived parental rearing behaviors, attachment style, and worry in anxious children. *Anxiety Disorders*, 22, 263-272.
- Brumariu, L. E., Obsuth, I. et Lyons-Ruth, K. (2013). Quality of attachment relationships and peer relationship dysfunction among late adolescents with and without anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 116-124.
- Burstein, M. et Ginsburg, G. S. et Tein, J.-Y. (2010). Parental anxiety and child symptomatology: An examination of additive and interactive effects of parent psychopathology. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 897-909.
- Carpenter, A.L., Puliafico, A.C., Kurtz, S.M.S., Pincus, D.B. et Comer J.S. (2014). Extending Parent–Child Interaction Therapy for Early Childhood Internalizing Problems: New Advances for an Overlooked Population. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 17 (4), 340–356.
- Cartwright-Hatton S. (2013). Traitement de l'anxiété et de la dépression cliniques pendant la petite enfance. Dans: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, (eds). *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants*. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants, 1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/Cartwright-HattonFRxp1.pdf>. Page consultée le [2016-06-06].

- Cartwright-Hatton, S., McNally, D., Field, A.P., Rust, S., Laskey, B., Dixon, B., et al. (2011). A new parenting-based group intervention for young anxious children: results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 50 (3):242–51.
- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N. J., Thomas, C. L. et Borkovec, T. D. (2009). Generalized anxiety disorder: Connections with self-reported attachment. *Behavior Therapy*, 40, 23-38.
- Centre de transfert pour la réussite éducative du Québec (CTREQ), (2013). Bilan des ressources alternatives en santé mentale pour les enfants d'âge scolaire (principalement au primaire), au Québec et ailleurs. Université Laval : Québec.
- Centre of Knowledge on Healty Child Development, (n.d.). *Problèmes d'anxiété chez les enfants et les adolescents*. Offord : Offord centre for child studies.
- Clinique Focus (2013). Trouble d'anxiété généralisée (TAG). J. Perreaul (sous la dir.) [en ligne] Consulté le 2016-06-07. Cliniquefocus.com/attentiondeficit-info.com.
- Colonnesi, C. et coll. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 40(4), 630-645.
- Compton, S. N., Peris, T. S., Almirall, D., Birmaher, B., Sherrill, J., Kendall, P. C., . . . Albano, A. M. (2014). Predictors and moderators of treatment response in childhood anxiety disorders: Results from the CAMS trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 82, 212–224.
- Copeland, W. E., Wolke, D., Angold, A. et Costello, E. J. (2013). Adult psychiatric outcomes of bullying and being bullied by peers in childhood and adolescence. *JAMA Psychiatry*, 70(4), 419-426.
- Cogle, J. R., Timpano, K. R., Sachs-Ericsson, N., Keough, M. E. et Riccardi, C. J. (2010). Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Research*, 177, 150-155.
- Covin, R., Ouimet, A.J., Seeds, P.M. et Dozois, D.J.A., (2008). A meta-analysis of CBT for pathological worry among clients with GAD. *Journal of Anxiety Disorders* 22 (), 108–116.
- Crawford, A. M., & Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1182–1189
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M. et Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 130-140.
- Degnan, K. A., Almas, A. N. et Fox, N. A. (2010). Temperament and the environment in the etiology of childhood anxiety. *Child Psychology and Psychiatry*, 51(4), 497-517.
- Diamond, G., Panichelli-Mindel, S. M., Shera, D., Dennis, M., Tims, F. et Ungemack, J. (2006). Psychiatric syndromes in adolescents with marijuana abuse and dependency in outpatient treatment. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, 15(4), 37-54.

- Direction de santé publique, (2003). Troubles anxieux chez les jeunes de 14 à 25 ans. *Prévention en pratique médicale*. Montréal : Direction de santé publique de Montréal-Centre.
- Drake, K.L. et Ginsburg, G.S. (2012). Family factors in the development, treatment, and prevention of childhood anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 144-162.
- Ekinci, O., Titus, J. B., Rodopman, A. A., Berkem, M. et Trevathan, E. (2009). Depression and anxiety in children and adolescents with epilepsy: Prevalence, risk factors, and treatment. *Epilepsy & Behavior*, 14, 8-18.
- Emerson, E. (2003). Prevalence of psychiatric disorders in children and adolescents with and without intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(1), 51-58.
- Fatori, D., Bordin, I. A., Curto, B. M. et de Paula, C. S. (2013). Influence of psychosocial risk factors on the trajectory of mental health problems from childhood to adolescence : a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 13, 1-6.
- Fisak, B., Mann, A. et Heggeli, K. (2013). The association between perceptions of parent worry and generalised anxiety disorder symptoms in a community sample of adolescents. *International Journal of Adolescence and Youth*, 18(4), 226-235.
- Ge, X., Brody, G. H., Conger, R. D. et Simons, R. L. (2006). Pubertal maturation and African American children's internalizing and externalizing symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(4), 531-540.
- Ginchereau, M. (2012). Guide d'accompagnement pour la prise en charge des troubles anxieux chez l'enfant. Paris : La boîte à livre.
- Ginsburg, G. S. et Affrunti, N. W. (2013). Generalized anxiety disorder in children and adolescents. Dans R.A. Vasa et A.K. Roy (éds.), *Pediatric anxiety disorders: A clinical guide* (p. 71-90). New York, NY : Humana Press.
- Goodwin, R. D., Fergusson, D. M. et Horwood, L. J. (2004). Asthma and depressive and anxiety disorders among young persons in the community. *Psychological Medicine*, 34, 1465-1474.
- Gosselin, P., Ladouceur, R. et Pelletier, O. (2005). Évaluation de l'attitude d'un individu face aux différents problèmes de vie : Questionnaire d'attitude face aux problèmes (QAP). *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 15(4), 141-153
- Gosselin, P., Langlois, F., Racicot, G. (2012). L'intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents atteints de trouble d'anxiété généralisée. Dans L. Turgeon et S. Parent (Eds). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents*. Québec : Presses de l'Université du Québec.
- Gosselin, P., Langlois, F., Mark, H., F., Robert, L., Laberge, M. et Lemay, D. (2007). Cognitive variables related to worry among adolescents : Avoidance strategies and faulty beliefs about worry. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (2), 225-233.

- Graber, J. A., Seeley, J. R., Brooks-Gunn, J. et Lewinsohn, P. M. (2004). Is pubertal timing associated with psychopathology in young adulthood? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 718-726.
- Greger, H. K., Myhre, A. K. et Lydersen, S. (2015). Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse & Neglect*, 45, 122-134.
- Gregory, A. M., Lau, J. Y. F. et Eley, T. C. (2008). Finding gene-environment interactions for generalised anxiety disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258, 69-75.
- Grover, R. L., Ginsburg, G. S. et Ialongo, N. (2005). Childhood predictors of anxiety symptoms: A longitudinal study. *Child Psychiatry and Human Development*, 36(2), 133-153.
- Guillem, E., Pelissolo, A., Vorspan, F. Bouchez-Arbabzadeh, S. et Lépine, J.-P. (2009). Facteurs sociodémographiques, conduites addictives et comorbidité psychiatrique des usagers de cannabis vus en consultation spécialisée. *L'Encéphale*, 35, 226-233.
- Hale, W. W., Engels, R. et Meeus, W. (2006). Adolescent's perceptions of parenting behaviours and its relationship to adolescent generalized anxiety disorder symptoms. *Journal of Adolescence*, 29, 407-417.
- Hale, W. W., Klimstra, T. A., Branje, S. J., Wijsbroek, S. A. et Meeus, W. H. (2013). Is adolescent generalized anxiety disorder a magnet for negative parental interpersonal behaviors? *Depression and Anxiety*, 30(9), 849-856.
- Hanrahan, F., Field, A.P., Jones, F.W., Davey, G.C.L., (2012). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review*, 33 (1), 120-132.
- Hettema, J. M., Neale, M. C. et Kendler, K. S. (2001). A review and meta-analysis of the genetic epidemiology of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1568-1578.
- Higa-McMillan, C.K., Francis, S.E., Rith-Najarian, L. et Chorpita, B.F. (2016). Evidence Base Update: 50 Years of Research on Treatment for Child and Adolescent Anxiety. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(2), 91-113.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Micco, J. A., Simoes, N. A. et Henn, A. (2008). High risk studies and developmental antecedents of anxiety disorders. *American Journal of Medical Genetic*, 148, 99-117.
- James, A., James, G., Codrey, F., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2, 1-105.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Pine, D. S., Klein, D. F., Kasen, S. et Brook, J. S. (2000). Association between cigarette smoking and anxiety disorders during adolescence and early adulthood. *Journal of American Medical Association*, 284(18), 2348-2351.
- Kearney, C. A. (2008). School absenteeism and school refusal behavior in youth: A contemporary review. *Clinical Psychology Review*, 28, 451-471.

- Kendall, P.C., Pimentel, S., Rynn, M.A., Angelosante, A., Webb, A. (2004). Generalized anxiety disorder. DANS Thomas, H. Ollendick et John S. March (sous la dir.). *Phobic and Anxiety disorders in children and adolescent*. (pp.334-380). New York: Oxford University Press.
- Kerns, C. M. et Kendall, P. C. (2012). The presentation and classification of anxiety in autism spectrum disorder. *Clinical Psychology Science and Practice*, *19*, 323-347.
- Kerns, K.A., Siener, S. et Brumariu, L.E. (2011). Mother-child relationships, family context, and child characteristics as predictors of anxiety symptoms in middle childhood. *Development and Psychopathology*, *23*, 593-604.
- Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L. et Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*, *4*(2), 117-132.
- King, D. C., Abram, K. M., Romero, E. G., Wahburn, J. J., Welty, L. J. et Teplin, L. A. (2011). Childhood maltreatment and psychiatric disorders among detained youths. *Psychiatric Services*, *62*(12), 1430-1438.
- Kuperman, S., Schlosser, S. S., Lidral, J. et Reich, W. (1999). Relationship of child psychopathology to parental alcoholism and antisocial personality disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *38*(6), 686-692.
- Larson, M. J., South, M. et Merkley, T. (2011). Neuropsychological considerations in child and adolescent anxiety. Dans D. McKay et E. A. Storch (éds.), *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (p. 75-90). New-York, NY: Springer.
- Layne, A. E., Bernat, D. H., Victor, A. M. et Bernstein, G. A. (2009). Generalized anxiety disorder in a nonclinical sample of children: Symptom presentation and predictors of impairment. *Journal of Anxiety Disorders*, *23*, 283-289.
- Li, X., Sundquist, J. et Sundquist, K. (2011). Sibling risk of anxiety disorders based on hospitalizations in Sweden. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *65*, 233-238.
- Lieb, R., Becker, E. et Altamura, C. (2005). The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. *European Neuropsychopharmacology*, *15*, 445-452.
- Maldonado, L., Huang, Y., Chen, R., Kasen, S., Cohen, P. et Chen, H. (2013). Impact of early adolescent anxiety disorders on self-esteem development from adolescence to young adulthood. *Journal of Adolescent Health*, *53*, 287-292.
- Manassis, K., Lee, T. C., Bennett, K., Zhao, X. Y., Mendlowitz, S., Duda, S., . . . Wood, J. J. (2014). Types of parental involvement in CBT with anxious youth: A preliminary meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *82* (6), 1163–1172.
- March, J.S. et Ollendick, T.H. (2004). Integrated psychological and pharmacological treatment. DANS Thomas, H. Ollendick et John S. March (sous la dir.). *Phobic and Anxiety disorders in children and adolescent*. (pp.141-172). New York: Oxford University Press.

- Masi, G., Millepiedi, S., Mucci, M., Poli, P., Bertini, N. et Milantoni, L. (2004). Generalized anxiety disorder in referred children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(6), 752-760.
- McCullough, C., Miller, E. et Johnson, J. G. (2010). Childhood emotional abuse, cruel physical punishment, and anxiety among adolescent primary care patients. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 3, 224-233.
- Mellins et coll. (2008). Mental health of early adolescents from high-risk neighborhoods: The role of maternal HIV and other contextual, self-regulation, and family factors. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(10), 1065-1075.
- Mellon, R. C. et Moutavelis, A. G. (2011). Parental educational practices in relation to children's anxiety disorder-related behavior. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 829-834.
- Michel, G., Purper-Ouakil, D. et Mouren-Siméoni, M.C. (2001). Facteurs de risques des conduites de consommation de substances psycho-actives à l'adolescence. *Annales Médico-psychologiques*, 159, 622-631.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Harrington, H., Milne, B. J., Melchior, M., Goldberg, D. et Poulton, R. (2007). Generalized anxiety disorder and depression: childhood risk factors in a birth cohort followed to age 32. *Psychological Medicine*, 37, 441-452.
- Moreno-Peral, P. et coll. (2014). Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *Journal of Affective Disorders*, 168, 337-348.
- Muroff, J. et Ross, A. (2011). Social disability and impairment in childhood anxiety. Dans D. McKay et E. A. Storch (éds.), *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (p. 457-478). New-York, NY: Springer.
- Mychailyszyn, M. P., Mendez, J. L. et Kendall, P. C. (2010). School functioning in youth with and without anxiety disorders: Comparisons by diagnosis and comorbidity. *School Psychology Review*, 39(1), 106-121.
- Nail, J. E. et coll. (2015). Academic impairment and impact of treatments among youth with anxiety disorders. *Child Youth Care Forum*, 44, 327-342.
- Nelemans, S. A., Hale, W. W., Branje, S. J. T., Hawk, S. T. et Meeus, W. H. J. (2014). Maternal criticism and adolescent depressive and generalized anxiety disorder symptoms: A 6-year longitudinal community study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 42, 755-766.
- Newman, M. G., Castonguay, L. G., Borkovec, T. D., Fisher, A. J., & Nordberg, S. S. (2008). An open trial of integrative therapy for generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Theory, Research, Practice, Training*, 45, 135-147.
- Nordahl, H. M., Ingul, J. M., Nordvik, H. et Wells, A. (2007). Does maternal psychopathology discriminate between children with DSM-IV generalised anxiety disorder or oppositional

- defiant disorder? The predictive validity of maternal axis I and axis II psychopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 16, 87-95.
- Nordahl, H. M., Wells, A., Olsson, C. A. et Bjerkeset, O. (2010). Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety disorder and oppositional defiant disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 852-858.
- Norman, K.R., Silverman, W.K., et Lebowitz, E.R. (2015). Family Accommodation of Child and Adolescent Anxiety: Mechanisms, Assessment, and Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursin*, 28 (3), 131-140.
- Olantuji, B.O., Wolitzky-Taylor, K.B., Sawchuk, C.N., et Ciesielski, B.G. (2010). Worry and the anxiety disorders: A meta-analytic synthesis of specificity to GAD. *Applied and Preventive Psychology* 14 (1-4) 1– 24.
- Peckins, M. K., Dockray, S., Eckenrode, J. L., Heaton, J. et Susman, E. J. (2012). The longitudinal impact of exposure to violence on cortisol reactivity in adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 51, 366-372.
- Philips, N.K., Hammen, C.L., Brennan, P.A., Najman, J.M. et Bor, W. (2005). Early adversity and the prospective prediction of depressive and anxiety disorders in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(1), 13-24.
- Rapee, R.M. (2012). Family factors in the development and management of anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15, 69-80.
- Rapee, R.M., Schniering, C.A. et Hudson, J.L. (2009). Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 311-341.
- Retzlaff, R., Sydow, K.V., Beher, S.A., Haun M.W. et Schweitzer, J. (2013). The Efficacy of Systemic Therapy for Internalizing and Other Disorders of Childhood and Adolescence: A Systematic Review of 38 Randomized Trials. *Family Process*, 52 (4),619-652.
- Rey, Y. ,Marin, C. E. et Silverman,W. K. (2011). Failures in cognitive-behavior therapy for children. *Journal of Clinical Psychology*, 67(11), 1140–1150.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J. et Hooper, L. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents : a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 32 (4), 251-262.
- Rodriguez, C. M. (2003). Parental discipline and abuse potential effects on child depression, anxiety, and attributions. *Journal of Marriage and Family*, 65, 809-817.
- Rooksbya,M., Elouafkaouib,P., Humphrisc, G., Clarksona, J., Freemanana, R., (2015). Internet-assisted delivery of cognitive behavioural therapy (CBT) for childhood anxiety: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 29, 83–92.
- Roy, A. K. et coll. (2013). Intrinsic Functional Connectivity of Amygdala-Based Networks in Adolescent Generalized Anxiety Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(3), 290-299.

- Safren, S. A., Gershuny, B. S., Marzol, P., Otto, M. W. et Pollack, M. H. (2002). History of childhood abuse in panic disorder, social phobia, and generalized anxiety disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(7), 453-456.
- Salmon, P. (2001). Effects of physical exercise of anxiety, depression, and sensitivity to stress : A unifying theory. *Clinical Psychology Review*, 21 (1), pp. 33–61.
- Sartor, C. E., Lynskey, M. T., Heath, A. C., Jacob, T. et True, W. (2006). The role of childhood risk factors in initiation of alcohol use and progression to alcohol dependence. *Addiction*, 102, 216-225.
- Shanahan, L., Copeland, W. E., Angold, A., Bondy, C. L. et Costello, E. J. (2014). Sleep problems predict and are predicted by generalized anxiety/depression and oppositional defiant disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 53(5), 550-558.
- Shanahan, L., Copeland, W., Costello, E. J. et Angold, A. (2008). Specificity of putative psychosocial risk factors for psychiatric disorders in children and adolescents. *Child Psychology and Psychiatry*, 49(1), 34-42.
- Sihvola, E. et coll. (2009). Prospective associations of early-onset Axis 1 disorders with developing eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 50, 20-25.
- Silverman, W.K., Pina, A.A. et Viswesvaran, C. (2008). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 105-130.
- Slopen, N., Fitzmaurice, G. M., Williams, D. R. et Gilman, S. E. (2012). Common patterns of violence experiences and depression and anxiety among adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 1591-1605.
- Soenke, M., Hahn, K. S., Tull, M. T. et Gratz, K. L. (2010). Exploring the relationship between childhood abuse and analogue generalized anxiety disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 401-412.
- Soussana, M., Sunyer, B., Pry, R. et Baghdadli, A. (2012). Troubles anxieux dans les troubles envahissant du développement sans retard mental : état des lieux chez les enfants et les adolescents au travers d'une revue de la littérature. *L'Encéphale*, 38, 16-24.
- Stinson, F. S., Ruan, J., Pickering, R. et Grant, B. F. (2006). Cannabis use disorders in the USA: prevalence, correlates and co-morbidity. *Psychological Medicine*, 36, 1447-1460.
- Stockings, E.A., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y.Y., Erskine, H.E., Whiteford, H.A. et Patton, G. (2016). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46 (1), 11–26.
- Strawn, J. R., Hamm, L., Fitzgerald, D. A., Fitzgerald, K. D., Monk, C. S. et Phan, K. L. (2015). Neurostructural abnormalities in pediatric anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 32, 81-88.

- Strawn, J.R., Welge, J.A., Wehry, A.M., Keeshin, B., et Rynn, M.A. (2015). Efficacy and tolerability of antidepressants in pediatric anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Depression and Anxiety*, 32 (3), 149-157.
- Turgeon, L. (2014). Chronicité des troubles anxieux chez les enfants et les adultes. *Psychologie Québec/Dossier*, 31 (1).
- Van Eijck, F. E. A. M., Branje, S. J. T., Hale, W. W. et Meeus, W. H. J. (2012). Longitudinal associations between perceived parent-adolescent attachment relationship quality and generalized anxiety disorder symptoms in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40, 871-883.
- Van Oort, F. V. A., Greaves-Lord, K., Ormel, J., Verhulst, F. C. et Huizink, A. C. (2011). Risk indicators of anxiety throughout adolescence: The trails study. *Depression and Anxiety*, 28, 485-494.
- Van Steensel, F. J. A., Bögels, S. M. et Perrin, S. (2011). Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders : A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 302-317.
- Vasiliadis, H.-M., Buka, S. L., Martin, L. T. et Gilman, S. E. (2010). Fetal growth and the lifetime risk of generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 27, 1066-1072.
- Vila, G., Nollet-Clemençon, C., de Blic, J., Mouren-Simeoni, M.-C. et Scheinmann, P. (2000). Prevalence of DSM IV anxiety and affective disorders in a pediatric population of asthmatic children and adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 58, 223-231.
- Wijsbroek, S. A. M., Hale, W. W., Raaijmakers, Q. A. W. et Meeus, W. H. J. (2011). The direction of effects between perceived parental behavioral control and psychological control and adolescent's self-reported GAD and SAD symptoms. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 20, 361-371.
- Woodward, L. et Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(9), 1086-1093.
- Yap, M.B.H., Pilkington, P.D., Ryan, S.M. et Jorm, A.F. (2014). Parental factors associated with depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 156, 8-23.