

# La thérapie cognitivo-comportementale pour les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent : efficacité et niveau de preuves

P. Fumeaux, L. Holzer, B. Burnand



Cet article présente les résultats d'une revue systématique publiée par la Collaboration Cochrane dans la *Cochrane Library* ([www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)) : James A.C., James G., Cowdrey F.A., Soler A., Choke A., « Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents », *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2013 ; 6 : CD004690.

Volontairement limité à un champ de recherche circonscrit, cet article reflète l'état actuel des connaissances de ce domaine. Il ne s'agit donc pas de recommandations pour guider la prise en charge d'une problématique clinique considérée dans sa globalité (guidelines).

## CONTEXTE

Les troubles anxieux demeurent un des troubles les plus fréquents chez l'enfant, particulièrement chez les filles. À l'instar de la souffrance qu'ils génèrent, leur impact sur la socialisation et la scolarité peut être dramatique. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) fait partie de l'arsenal thérapeutique à disposition. Une revue Cochrane précédente (James, 2005) a suggéré qu'elle est efficace pour les troubles anxieux chez l'enfant et l'adolescent. Qu'en est-il face aux autres traitements à disposition (traitements actifs non TCC, psychotropes) ? Quelle est l'efficacité relative de la combinaison TCC-psychotropes versus placebo ? L'efficacité à long terme de la TCC n'est également pas démontrée.

## RÉSULTATS

41 essais (tous randomisés, 1806 participants) ont été retenus pour cette méta-analyse. Ils comparaient des sujets présentant une anxiété légère à modérée. Les témoins étaient en attente de traitement ou bénéficiaient de traitements non TCC (placebo psychologique,

manuel d'auto-assistance, traitements standards, y compris psychotropes). 21 essais incluaient des anxiétés de séparation, 6 des troubles hyperanxieux, 20 des phobies sociales, 4 des troubles paniques, 17 des anxiétés généralisées et 4 des phobies spécifiques. Les participants étaient âgés de quatre à dix-sept ans et les essais englobaient de 12 à 161 cas.

□ Une différence significative de rémission symptomatique est apparue en faveur de la TCC, par rapport aux témoins sur liste d'attente (26 essais,  $n = 1350$ ; OR : 0,13; IC à 95 % : 0,09 à 0,19;  $Z = 10,26$ ;  $p < 0,0001$ ), avec un nombre de patients à traiter (NPT) à 6,0 (IC à 95 % : 7,5 à 4,6).

□ Aucune approche de TCC (individuelle, familiale, parent-enfant) n'a montré de supériorité sur une autre.

□ Les essais utilisant les sujets sur liste d'attente comme témoins montrent que la TCC n'est pas plus efficace que les interventions non TCC (6 essais,  $n = 426$ ) ou les traitements habituels (2 essais,  $n = 88$ ) pour diminuer les symptômes anxieux.

□ La comparaison entre TCC et psychotropes n'a pu être faite faute d'essais.

□ Les 4 essais portant sur le long terme ne mettent en relief aucune différence significative entre les différentes approches et aucune preuve allant dans le sens de la persistance dans le temps des rémissions symptomatiques.

## LIMITES

□ Les essais à disposition présentent un niveau de preuve généralement moyen à faible.

□ Seuls les troubles anxieux légers à moyens ont été considérés.

## CAS CLINIQUE

### Scénario

Une fillette de douze ans ne parvient plus à se rendre à l'école dans le contexte d'une phobie sociale. Ses parents demeurent peu enclins à une prescription de psychotropes.

### Question

Existe-t-il une alternative thérapeutique pour diminuer ses symptômes et lui permettre de reprendre l'école ?

Réponse page suivante →

□ Les populations demeurent hétérogènes car les critères diagnostiques pouvaient provenir de quatre versions du DSM (III, III-R, IV et IV-TR) et de deux de la CIM (9 et 10). Les critères diagnostiques, comme les diagnostics eux-mêmes, étaient nombreux et très variables selon les essais.

## CONCLUSIONS

## DES AUTEURS

La TCC constitue un traitement efficace des troubles anxieux d'intensité légère à modérée chez l'enfant et l'adolescent. Le NPT s'élevant à 6 (il faut traiter 6 cas pour une rémission symptomatique) est

### Réponse

Une approche non pharmacologique (comme la TCC) est envisageable, comme toute autre approche habituelle non pharmacologique. Quel que soit le choix thérapeutique, le risque de récurrence demeure très élevé.

favorable. Par contre, les preuves qui pourraient suggérer que cette approche est plus efficace que d'autres approches non TCC ou psychopharmacologiques (SSRI) demeurent limitées et peu solides, particulièrement en raison d'échantillons trop faibles. La persistance dans le temps des rémissions symptomatiques, quelle que soit la méthode thérapeutique utilisée, n'est pas démontrée.

Malgré l'augmentation du nombre d'essais sur le sujet (la revue de 2005 comportait 18 essais contre 41 pour la présente), des études futures devraient être menées pour comparer l'efficacité des différentes approches thérapeutiques. Une meilleure standardisation diagnostique et des essais sur des durées plus longues devraient être favorisés. □

### Adresses des auteurs

Drs P. Fumeaux et L. Holzer, Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) et Université de Lausanne (UNIL), service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA), Bugnon 23A, 1011 LAUSANNE, Suisse.

Pr B. Burnand, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, CHUV, UNIL et Cochrane Suisse, route de la Corniche 10, 1010 Lausanne, Suisse.