

Table des matières

Sommaire	iii
Liste des tableaux.....	viii
Liste des figures	ix
Remerciements	x
Introduction	1
Contexte théorique	4
L'anxiété chez l'enfant.....	5
Les différentes compréhensions théoriques de l'anxiété	6
De l'anxiété normale vers le trouble anxieux	10
La prévalence des troubles anxieux	12
Les conséquences des troubles anxieux	15
Le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant	16
L'historique du diagnostic	17
La définition selon le DSM-5	19
Le diagnostic différentiel	21
Les instruments de mesure.....	24
Les questionnaires mesurant les symptômes d'anxiété sociale	24
Les questionnaires mesurant les symptômes généraux d'anxiété	26
Les questionnaires mesurant les habiletés sociales.....	29
Les protocoles d'entrevue diagnostique	31
Une échelle d'évaluation	35

La prévalence du trouble d'anxiété sociale	35
Le développement du trouble d'anxiété sociale	38
Les conséquences du trouble d'anxiété sociale	46
Le traitement des troubles anxieux chez l'enfant.....	47
La thérapie cognitive et comportementale (TCC) pour les troubles anxieux ...	48
Les traitements ciblant un diagnostic spécifique	50
Les données probantes	51
Le traitement de l'anxiété sociale chez l'enfant : les techniques d'intervention spécifiques.....	53
L'exposition	54
L'entraînement aux habiletés sociales.....	58
L'éducation psychologique.....	60
La relaxation	61
La restructuration cognitive	63
Les éléments à considérer lors de l'élaboration d'un programme de traitement pour l'enfant.....	65
Les autres variables pouvant affecter l'effet des traitements.....	67
La participation des parents au traitement	69
Méthode.....	75
Résultats	79
Le traitement transdiagnostique (Coping Cat).....	83
Les programmes de traitements existants	87
TCC centrée sur la cognition	87

Un programme allemand de traitement en groupe.....	88
Le Social Skills Training (SST).....	89
Une intervention cognitivo-comportementale brève en groupe.....	90
Le programme SHY.....	91
Le Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C).....	91
Synthèse des résultats	94
Discussion	96
Conclusion	104
Références.....	107

Liste des tableaux

Tableau

- 1 Liste de facteurs discriminants dans la décision diagnostique de troubles anxieux similaires.....23
- 2 Les programmes de traitement pour le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant82
- 3 Les tailles d'effet (d) des programmes de traitement pour le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant.....84

Liste des figures

Figure

1	Le modèle de Clark et Wells (1995).....	41
2	Le modèle de Rapee et Heimberg (1997).....	41
3	La procédure de sélection des articles scientifiques	80

Remerciements

Cet essai est le résultat de la collaboration de plusieurs personnes. Plus précisément, ce travail n'aura pas été possible sans la précieuse assistance de mes deux directeurs de recherche, c'est-à-dire Docteur Frédéric Langlois, Ph.D., professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières et Docteure Caroline Berthiaume, Ph.D., psychologue et coordonnatrice à la Clinique multidisciplinaire d'intervention pour les troubles anxieux (CITA) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Merci à vous deux pour votre disponibilité, votre confiance, vos commentaires constructifs, ainsi que pour votre soutien. Vos compétences cliniques et vos connaissances scientifiques ont grandement augmenté la qualité de mon essai. Merci pour cette opportunité de travail scientifique rigoureux, utile et pertinent.

Je tiens également à remercier mon entourage, ma famille et mes amis pour le soutien tout au long du processus. Finalement, un merci particulier à ma conjointe, Stéphanie McNicoll pour son écoute, sa disponibilité et ses nombreuses lectures commentées de mon essai. Tes correctifs ont permis un peaufinage indispensable au travail de rédaction d'un essai de troisième cycle.

ClicCours.com

Introduction

Dans le domaine de la santé mentale, l'intérêt scientifique concernant les pathologies chez l'enfant date de plus d'un siècle. Néanmoins, il faut attendre vers la seconde moitié du 20^e siècle pour que les connaissances sur les troubles dits internalisés (trouble de l'humeur et trouble anxieux) se développent. Le présent essai s'inscrit d'ailleurs dans cette lignée de recherches. Plus précisément, le sujet d'étude concerne une sous-catégorie des trouble anxieux; le trouble d'anxiété sociale. La visée du présent travail est de produire une synthèse des écrits scientifiques sur la nature et le traitement de ce trouble chez l'enfant âgé de 8 à 12 ans. Un regard critique sur ce sujet est d'autant plus pertinent étant donné l'absence, dans la population francophone, d'un traitement psychologique spécifique à ce trouble de santé mentale.

Au Québec, l'équipe de la Clinique multidisciplinaire d'intervention pour les troubles anxieux (CITA) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies est spécialisée en soin de 3e ligne et a l'intention de développer des programmes de traitement pour les différents troubles anxieux en se basant sur les données probantes. Ainsi, le présent travail de recension s'inscrit dans le cadre de cette démarche et est effectué en collaboration avec cette équipe. L'objectif de l'essai est de documenter l'ensemble des connaissances scientifiques sur le traitement de l'anxiété sociale chez l'enfant et de dresser un portrait actuel de l'état de la question. Avec cette recension critique des écrits, il sera possible de

donner des suggestions à l'équipe CITA quant à la structure, au contenu et à l'approche du programme de traitement.

Contexte théorique

Le contexte théorique débute par un portrait de l'anxiété et de ses manifestations en tant que trouble de santé mentale chez l'enfant. Puis, dans la deuxième section, la classification diagnostique, la mesure, la prévalence, la compréhension et les conséquences du trouble d'anxiété sociale chez l'enfant sont explorées. Ensuite, la troisième section aborde le traitement des troubles anxieux chez l'enfant. La quatrième section consiste en une réflexion sur les bénéfices d'un traitement spécifique au trouble d'anxiété sociale. La cinquième section présente les diverses techniques d'intervention utilisées auprès de cette clientèle. Dans la sixième section, les programmes de traitement existants pour la population anglophone sont décrits et analysés. La septième section cible les connaissances scientifiques quant à la participation des parents dans ce type de traitement. Dans la huitième section, une analyse des données probantes permet de comparer l'efficacité des divers programmes de traitement du trouble d'anxiété sociale chez l'enfant. Finalement, le présent essai termine avec une conclusion et une liste de suggestion pour élaborer un programme de traitement francophone pour ce trouble de santé mentale.

L'anxiété chez l'enfant

Selon la vision mécaniste, l'anxiété réfère à une réponse du cerveau face à un stimulus perçu comme menaçant que l'organisme tentera activement d'éviter. L'important physiologiste américain Walter Bradford Cannon (1987) définissait cette

réponse comme une tension mentale ou corporelle en réaction à des facteurs qui perturbent l'homéostasie interne. Cette réponse de l'organisme s'avère une réaction essentielle pour permettre la survie. Ainsi, l'anxiété permet d'offrir à l'organisme l'énergie nécessaire pour la fuite ou le combat face à la menace perçue. Cette émotion engendre donc une modification de l'activité de certaines parties du corps. Bien que cette expérience émotionnelle subjective puisse être perçue comme étant désagréable, l'anxiété demeure un mécanisme normal et sain qui sert simplement à se protéger des dangers potentiels.

L'anxiété n'est pas une sensation spécifique à la population adulte; celle-ci est aussi observable dans la vie quotidienne des enfants et des adolescents (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009). Au courant de son développement, il est normal qu'un enfant fasse l'expérience de peurs ou de certaines phobies temporaires (Morris & Kratochwill, 1998; Muris, Merckelbach, Mayer, & Meesters, 1998). Malgré l'intensité de ces peurs, celles-ci s'estompent naturellement dans la plupart des cas et ne deviennent pas une problématique majeure pour l'enfant (Beesdo et al., 2009). Ainsi, durant son développement, l'enfant devra apprendre que certaines situations sont dangereuses tandis que d'autres sont sécuritaires.

Les différentes compréhensions théoriques de l'anxiété

Selon la vision behavioriste, une réponse anxieuse peut être influencée par un conditionnement classique ou opérant. Dans le conditionnement classique, un processus

d'association entre deux stimuli déclenche une réponse anxieuse. Cette théorisation débute avec le paradigme de base où un stimulus neutre (SN) précède de près un stimulus inconditionnel (SI) qui provoque une réponse inconditionnelle (RI) de peur ou d'anxiété. Après plusieurs répétitions de ce paradigme, le stimulus conditionné (SC) présenté seul provoque une réponse conditionnée (RC) de peur ou d'anxiété (Watson & Rayner, 1920). Par exemple, prenons une situation où un individu répond par la peur (RI) à la suite d'une morsure de chien (SI). Après cette expérience, la proximité physique d'un chien (SN) qui devrait être une situation perçue comme sécuritaire peut se transformer en une situation ressentie comme dangereuse (SC). Il en est ainsi, puisque l'individu a associé la proximité physique du chien à un stimulus douloureux et effrayant; la morsure.

Une fois que l'individu a appris à répondre à une situation par la peur ou l'anxiété, un autre type de conditionnement est impliqué dans le maintien de cette réaction : le conditionnement opérant. Ce dernier a été théorisé par Skinner (1969) et il explique les phénomènes de maintien d'une réaction par le renforcement positif et négatif. En effet, les comportements anxieux peuvent être renforcés positivement par l'attention d'un adulte, par une sensation interne (p.ex., sentiment de sécurité), par des récompenses dans l'environnement de l'enfant, etc. Également, les comportements anxieux peuvent être renforcés négativement par le retrait d'une demande ou par la diminution des affects négatifs, comme c'est le cas pour l'évitement (Gosch, Flannery-Schroeder, Mauro, & Compton, 2006).

De ces théorisations béhavioristes est née une méthode de traitement maintenant amplement utilisée en psychologie : la désensibilisation systématique (Wolpe & Lazarus, 1966). Cette technique sera décrite brièvement dans la section « L'exposition ». Ainsi, le traitement par désensibilisation systématique fut créé en se basant sur le concept de l'habituation (Gosch et al., 2006). L'habituation se caractérise par une réaction automatique de l'organisme à la suite de la répétition d'un stimulus. À la suite de l'exposition répétée de ce stimulus non dommageable, l'organisme apprendra que celui-ci n'est pas dangereux. L'habituation consiste donc en une diminution de la réponse de l'organisme à un stimulus *inoffensif* puisque celui-ci n'informe pas d'un danger imminent. Par exemple, c'est ce concept théorique qui entre en fonction lorsque les odeurs nous semblent moins intenses après quelques minutes dans un endroit.

Cependant, la vision béhavioriste de l'anxiété est, à certains égards, réductionniste. Cette vision s'inscrit dans un angle d'analyse restreint de la problématique de l'anxiété et ainsi elle peut être intégrée dans l'approche bio-psycho-sociale proposée initialement par Engel (1980). Selon cette approche médicale, une maladie ou une plainte d'un patient doit être comprise selon les perspectives biologique, psychologique et sociale. En d'autres mots, cette approche suppose qu'aucune théorie n'est en mesure d'expliquer dans son ensemble une pathologie. Chacune des perspectives représente un système ainsi qu'une organisation présentant des caractéristiques et des propriétés qui leurs sont propres. Également, elles s'inscrivent dans un modèle hiérarchique allant du système de la biosphère à la molécule. Dans le cadre de cet essai, le système de l'individu

(expérience et comportement) sera privilégié. Néanmoins, lors de l'analyse de la nature et de l'étiologie des troubles associés à l'anxiété, le système social sera aussi abordé. En effet, les facteurs de risque et de maintien présents dans l'environnement (p.ex., les pratiques parentales) sont des variables du système social de l'enfant qui ont une influence sur la pathologie. De plus, le niveau d'organisation du système nerveux (biologique) est brièvement inclus dans la compréhension de l'anxiété.

Dans la perspective centrée sur l'individu, l'anxiété peut être expliquée par des théories béhavioristes qui centrent leur analyse sur le comportement humain. De grands théoriciens ont critiqué ces théories et ont ajouté une perspective à ce phénomène psychologique (Hergenhahn, 2007). L'arrivée de cette nouvelle perspective a signé ce qu'on appelle la deuxième vague en TCC. Beck (1985) et Ellis (1962) ont été les précurseurs de cette *révolution cognitive* qui a permis un changement dans la conception des pathologies psychologiques, dont l'anxiété (Simpson, 2010). Depuis cette révolution, les attitudes, les attributions, les croyances et les interprétations de l'individu sont devenues des variables centrales dans notre compréhension de l'anxiété. Le discours interne et le traitement de l'information ont une place encore plus fondamentale dans la conceptualisation des réponses anxieuses. Selon cette conception, la perception de menace ou de sécurité d'un stimulus est influencée par l'interprétation de l'individu (Beck & Clark, 1997). L'homme est donc considéré comme actif dans la réponse anxieuse. Dans cet ordre d'idées, les personnes anxieuses ont tendance à avoir des

interprétations biaisées ou erronées dans plusieurs situations et à sous-estimer leurs stratégies d'adaptations personnelles dans leur environnement.

Aussi, selon les cognitivistes, la cognition s'avère primordiale dans le trouble anxieux et peut ainsi devenir un levier important dans leur traitement. La notion de distorsion cognitive fut amenée et définie comme des croyances irrationnelles et inadaptées qui s'éloignent de la réalité. D'ailleurs, Vasey et MacLeod (2001), appuyés par une recension des écrits scientifiques, soutiennent que les enfants anxieux ont des distorsions cognitives dans le traitement de l'information, des biais de mémoire pour des événements stressants, une hypersensibilité pour des indices de menace et une tendance à interpréter une situation ambiguë comme dangereuse.

De l'anxiété normale vers le trouble anxieux

Un grand défi dans le trouble anxieux est de différencier l'anxiété normale et pathologique (Gail, Borchardt, & Perwien, 1996). Selon Beck et Clark (1997), la distinction entre ces deux construits est une question de degré plutôt que de nature. Ainsi, dans la pathologie, l'écart entre la perception subjective de menace et le danger objectif dans l'environnement est plus important. Néanmoins, une population non clinique peut présenter des symptômes anxieux qui affectent leur fonctionnement de façon transitoire (Bell-Dolan, Last, & Strauss, 1990). Dans l'étude de Bell-Dolan et ses collègues, les symptômes anxieux les plus souvent rapportés durant l'enfance étaient : les inquiétudes excessives par rapport à sa compétence, le besoin excessif de

réassurance, la peur du noir, la peur de la survenue d'un accident à la figure d'attachement et les plaintes somatiques. Ces symptômes anxieux peuvent altérer le fonctionnement de l'enfant. Néanmoins, cette altération du fonctionnement se manifeste de manière moins importante que dans des cas pathologiques. Également, les peurs transitoires sont souvent isolées dans une sphère précise de la vie de l'enfant ayant un niveau d'anxiété normal.

Ainsi, lorsqu'un enfant reçoit un diagnostic de trouble anxieux, plusieurs critères doivent être remplis. Ces critères concernent la durée des symptômes, la détresse psychologique, la présence d'évitement et d'anxiété dans plusieurs situations et le dysfonctionnement dans plusieurs sphères de la vie. Ils représentent un portrait plus large et plus handicapant que la simple présence d'une peur normale. En outre, le trouble anxieux se définit par la présence d'anxiété intense, de symptômes physiques de stress et d'une perturbation comportementale, comme l'évitement intense d'un objet, associée à une détresse et une altération du fonctionnement (Beesdo et al., 2009). Une définition similaire du trouble anxieux se retrouve dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5* (DSM-5) et le *International Classification of Diseases 10* (ICD-10). Ces manuels de référence diagnostique sont les deux plus utilisés par les spécialistes de la santé mentale, tels les psychiatres et les psychologues. Dans le DSM-5, les troubles anxieux sont divisés en sept différentes catégories nosologiques : le trouble d'anxiété de séparation, le mutisme sélectif, la phobie spécifique, le trouble d'anxiété sociale, le trouble panique, l'agoraphobie et le trouble d'anxiété généralisée.

La prévalence des troubles anxieux

Selon les études épidémiologiques sur le sujet, les troubles anxieux sont parmi les diagnostics les plus prévalents en pédopsychiatrie oscillant entre les deux plus hauts taux de prévalence chez les enfants (Ollendick & March, 2003). Costello et Angold (1995) rapportent que cette grande prévalence est souvent sous-estimée puisque dans les milieux de pratique, ce sont les troubles externalisés, tel le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), qui sont les plus souvent référés à un professionnel de la santé mentale. Les diverses recherches sur la prévalence du trouble anxieux chez l'enfant rapportent des taux qui varient entre 2 et 27 % (Anderson, Williams, McGee, & Silva, 1987; Breton et al., 1999; Costello, Egger, & Angold, 2005; Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Gurley, Cohen, Pine, & Brook, 1996; Shaffer et al., 1996). La grande variabilité des taux de prévalence entre les études est principalement expliquée par les choix méthodologiques des chercheurs. En effet, les prévalences semblent variées en fonction des caractéristiques de la population étudiée (âge et lieu de l'étude) et des méthodes utilisées pour mesurer la psychopathologie (selon qu'elle soit rapportée par le parent ou l'enfant, la version du DSM utilisée, la méthodologie et les instruments de mesure choisis). Plus précisément, le choix de l'entrevue diagnostique et la version du DSM utilisée pour les critères diagnostiques peuvent grandement faire varier les résultats. Par exemple, il a été démontré que *The Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (CAPA) (Angold & Costello, 2000) obtient de plus bas taux de prévalence que le *The Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC) (Angold et al., 2012). Concernant la version du DSM utilisée,

jusqu'aux années 2000, les études utilisaient le DSM-III-R qui représente une nosologie différente pour les troubles anxieux. Ainsi, les critères diagnostiques selon la version du DSM étant dissemblables, il est possible que d'une étude à l'autre, ce qui était considéré comme un trouble anxieux variait légèrement. Un bref historique du DSM est présenté dans la section « Historique du diagnostic » pour bien distinguer les changements dans la nosologie.

Un des choix méthodologiques les plus influents sur les résultats du taux de prévalence est l'inclusion ou l'exclusion de la variable *altération significative du fonctionnement*. Par exemple, dans l'étude de Shaffer et ses collègues (1996), l'inclusion de cette variable faisait passer la prévalence du trouble de 39,5 à 20,5 %. Cette différence démontre que plusieurs enfants manifestent des symptômes d'anxiété sociale, mais qu'un nombre plus restreint d'entre eux présente une altération significative du fonctionnement associée à ces symptômes. À noter que ces deux taux sont basés sur la combinaison des symptômes rapportés par le parent et le jeune. Puisque les critères diagnostiques peuvent être considérés comme rencontrés lorsque seulement un répondant les rapporte, la donnée combinée (parent et enfant) sera privilégiée. Également, les chercheurs de cette étude ont ajouté un instrument de mesure, *Children's Global Assessment Scale* (CGAS) (Shaffer et al., 1983), qui permet de mesurer plus précisément le fonctionnement global de l'enfant. Lorsque cette mesure est ajoutée dans l'évaluation, la prévalence des troubles anxieux passe de 20,5 à 13 %. Ces changements importants dans la prévalence du trouble soulignent la nécessité d'être prudent dans

l'utilisation des données et dans l'interprétation de celles-ci. Subséquemment, parmi les divers taux de prévalence mentionnés dans le présent paragraphe, celui de 13 % (Shaffer et al., 1983) est considéré comme le plus crédible en regard de la rigueur des choix méthodologiques qui ont mené à ce résultat.

Néanmoins, une étude se démarque et surpasse celle de Shaffer et ses collaborateurs (1996) sur le plan de la rigueur méthodologique et de sa récence. Il s'agit de la recherche longitudinale de Costello et ses collègues (2003). Cette recherche s'est déroulée sur sept ans avec un échantillon de 1420 enfants âgées de 9 à 13 ans au début de l'expérimentation. Costello et ses collègues évaluaient ces jeunes chaque année jusqu'à ce qu'ils aient 16 ans. Ils utilisaient le DSM-IV comme manuel de décision diagnostique. Selon cette étude, la prévalence du trouble anxieux est de 2,4 % chez les enfants de 9 à 16 ans avec le plus haut taux à 9-10 ans (4,6 %). Malgré ces données inférieures à celles des études mentionnées précédemment, les résultats de Costello et ses collègues (2003) illustrent que le trouble anxieux est une problématique importante chez l'enfant. D'ailleurs, ces chercheurs démontrent que la mesure conventionnelle de la prévalence peut sous-estimer la gravité de la maladie chez la population infantile. Ces chercheurs introduisent donc la donnée de prédiction de la prévalence cumulée, c'est-à-dire la prévalence des enfants, ayant reçu un ou plusieurs diagnostics durant la période d'étude. Ainsi, la prévalence cumulée prédite pour les troubles anxieux est de 9,9 % selon cette recherche.

Les conséquences des troubles anxieux

La prévalence non négligeable du trouble anxieux chez l'enfant est un argument expliquant l'effervescence des recherches sur le sujet. Néanmoins, certains auteurs argumentent que ce diagnostic est instable durant l'enfance et que la rémission spontanée est possible (Beesdo et al., 2009). Pourtant, lorsque les études s'attardent aux conséquences de ce trouble chez cette population, l'importance du développement des connaissances dans ce domaine devient claire. En effet, le trouble anxieux chez l'enfant apporte plusieurs conséquences négatives à court et à long terme. À court terme, les enfants qui présentent des troubles anxieux peuvent avoir plus de difficultés scolaires selon ce que les parents et les cliniciens rapportent (Nail et al., 2015). Nail et ses collègues (2015) ont obtenus ces résultats dans une étude expérimentale randomisée et contrôlée auprès d'un échantillon de 488 enfants. De plus, les enfants anxieux rapportent davantage de solitude et ont une perception plus faible de leur acceptation sociale (Beidel et al., 1999; Beidel & Turner, 2007). Également, Chase et Pincus (2011) ont observé auprès de 175 jeunes une grande co-occurrence entre le trouble anxieux et le trouble du sommeil. À long terme, plus précisément au courant de leur adolescence ou le début de leur vie adulte, ces enfants peuvent être affectés par un autre trouble psychiatrique, un abus de substance et sont sous-employés dans le futur (Pine, Cohen, Gurley, Brook, & Ma, 1998; Velting, Setzer, & Albano, 2004). D'ailleurs, Rapee et Barlow (1991) ont démontré que le trouble anxieux chez l'enfant pouvait se chroniciser et persister jusqu'à l'âge adulte.

Le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant

Comme c'est le cas pour les troubles anxieux en général, l'anxiété sociale chez l'enfant est un trouble peu traité en psychothérapie (Kashdan & Herbert, 2001; Kessler et al., 2005). L'absence de traitement pour de nombreux enfants présentant des symptômes d'anxiété sociale est possiblement expliquée par le peu d'attention que ces enfants demandent dans une classe (Strauss, Lease, Last, & Francis, 1988). Il faut aussi souligner que les troubles intériorisés comme l'anxiété sociale sont toujours moins dérangeants que les troubles extériorisés. De surcroît, le manque de ressources et de connaissance dans les milieux scolaires ou spécialisés peut nuire à l'offre de traitement spécifique pour cette problématique. Ainsi, sachant que l'anxiété sociale non traitée amène généralement des conséquences négatives et chroniques durant la vie de la personne atteinte, comme un dysfonctionnement scolaire, social et professionnel, (Chartier, Hazen, & Stein, 1998; Keller, 2003; Keller et al., 1992), le développement des connaissances sur cette problématique est primordial.

Le trouble d'anxiété sociale est inclus dans la grande famille des troubles anxieux selon les deux manuels diagnostics cités précédemment; le ICD-10 et le DSM-5. Pour cet essai doctoral, le DSM-5 a été sélectionné comme grille de référence étant donné sa grande utilisation dans les différents milieux de la santé mentale en Amérique du Nord.

L'historique du diagnostic

Le diagnostic et la définition du trouble d'anxiété sociale/phobie sociale ont principalement évolué au cours des 25 dernières années. Avant cela, les deux premières versions du DSM n'incluaient pas de catégorie spécifique pour ce type de phobie (Kearney, 2005).

La première apparition de la catégorie *phobie sociale* fut en 1980 dans le DSM-III (Bögels et al., 2010). Ce trouble se définissait comme : « une peur irrationnelle et persistante, et un désir impérieux d'éviter une situation dans laquelle l'individu est exposé à une possibilité d'examen minutieux d'autrui et une peur d'agir d'une façon qui serait humiliante ou embarrassante » [traduction libre] (American Psychiatric Association, 1980). Dans ce manuel, les phobies spécifiques et l'état d'anxiété étaient considérés comme deux diagnostics distincts. Ainsi, les experts ne reconnaissaient pas qu'un trouble d'anxiété sociale généralisée, c'est-à-dire une phobie qui incluait plusieurs types de situations sociales, puisse exister. Dans ce contexte, le diagnostic de phobie sociale s'appliquait plutôt à des situations spécifiques comme : « parler ou performer devant un public, utiliser des toilettes publiques, écrire ou manger en public » (American Psychiatric Association, 1980).

Dans ce même DSM-III, l'anxiété sociale chez l'enfant (appellation actuelle) pouvait être diagnostiquée comme étant un trouble évitant de l'enfance et de l'adolescence (Bögels et al., 2010). Ce diagnostic référait à un évitement excessif et

persistant des contacts avec les étrangers, suffisamment sévère pour altérer le fonctionnement social avec les pairs. Également, le diagnostic *trouble d'hyperanxiété de l'enfance ou de l'adolescence* pouvait être utilisé pour parler des enfants avec de l'anxiété sociale. Ce dernier diagnostic pourrait représenter, d'une certaine façon, un chevauchement des troubles d'anxiété généralisée et de la phobie sociale comme nous les concevons maintenant.

Dans la révision du DSM-III, un ajout important fut apporté au diagnostic de la phobie sociale. Les évaluateurs devaient spécifier s'il y avait présence ou absence d'un sous-type généralisé. Également, ce diagnostic n'était plus mutuellement exclusif avec le trouble de personnalité évitant. Ainsi, il était possible pour un patient de recevoir ces deux diagnostics.

Jusqu'à l'année 2015, les professionnels de la santé mentale utilisaient le DSM-IV pour l'évaluation diagnostique. Dans ce manuel, les diagnostics de *trouble d'hyperanxiété de l'enfance ou de l'adolescence* et de *trouble de personnalité évitante chez l'enfant* ont été supprimés et essentiellement intégrés dans le diagnostic de phobie sociale. La raison de la suppression du diagnostic de trouble de personnalité évitante chez l'enfant était le chevauchement (65 à 100 %) avec la phobie sociale (Francis, Last, & Strauss, 1992). De même, un autre changement dans ce manuel fut l'ajout de quelques particularités pour les critères diagnostiques de la phobie sociale chez l'enfant en raison des caractéristiques typiques de cette population (Beesdo et al., 2009). Par exemple, le

critère concernant la reconnaissance de l'aspect excessif et déraisonnable de la peur n'était pas un critère essentiel pour la clientèle enfant.

Finalement, c'est dans le DSM-IV que la nomenclature *trouble d'anxiété sociale* fut ajoutée entre parenthèses, à côté du terme « phobie sociale ». Cette nouvelle nomenclature montre un tournant dans la taxonomie de ce trouble puisque la phobie sociale était devenue un trouble distinct des autres phobies spécifiques. Une critique qui a été adressée à ce changement d'appellation fut le manque de spécificité pour les enfants qui évitaient les situations sociales pour d'autres raisons que l'anxiété (p.ex., par colère, tristesse ou timidité) (Vasey, 1995).

La définition selon le DSM-5

En mai 2013, le DSM-5 a été publié. Ainsi, les critères présentement utilisés pour le diagnostic du trouble d'anxiété sociale (phobie sociale) sont : (A) Peur ou anxiété intenses d'une ou plusieurs situations sociales durant lesquelles le sujet est exposé à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Des exemples de situations incluent des interactions sociales (p.ex., avoir une conversation, rencontrer des personnes non familières), être observé (p. ex., en train de manger ou boire) et des situations de performance (p.ex., faire un discours). Note : Chez les enfants, l'anxiété doit apparaître en présence d'autres enfants et pas uniquement dans les interactions avec les adultes. (B) La personne craint d'agir ou de montrer des symptômes d'anxiété d'une façon qui sera jugée négativement (p.ex., humiliante ou embarrassante, conduisant à un rejet par

les autres ou à les offenser). (C) Les situations sociales provoquent presque toujours une peur ou une anxiété. Note : Chez les enfants, la peur ou l'anxiété peuvent s'exprimer dans les situations sociales par des pleurs, des accès de colère, ou des réactions de figement; l'enfant s'accroche, se met en retrait ou ne dit plus rien. (D) Les situations sociales sont évitées ou subies avec une peur ou une anxiété intense. (E) La peur ou l'anxiété sont disproportionnées par rapport à la menace réelle posée par la situation sociale et compte tenu du contexte socioculturel. (F) La peur, l'anxiété ou l'évitement sont persistants, durant habituellement 6 mois ou plus. (G) La peur, l'anxiété ou l'évitement entraînent une détresse ou une altération cliniquement significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. (H) La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p.ex., drogue, médicament) ni à une autre affection médicale. (I) La peur, l'anxiété ou l'évitement ne sont pas mieux expliqués par les symptômes d'un autre trouble mental tel qu'un trouble panique, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble du spectre de l'autisme. (J) Si une autre affection médicale (p.ex., maladie de Parkinson, obésité, défigurement secondaire à une brûlure ou une blessure) est présente, la peur, l'anxiété ou l'évitement sont clairement non liés à cette affection ou sont excessifs.

Spécifier si seulement de performance : si la peur est limitée aux situations de performance ou de parler en public. (American Psychiatric Association, 2013).

Dans le DSM-IV, il existait un sous-type au diagnostic du trouble d'anxiété sociale : l'anxiété sociale généralisée. Celui-ci a été critiqué par plusieurs chercheurs puisqu'il était ambigu, imprécis et peu utile pour les cliniciens et pour la recherche (Bögels et al., 2010). Ainsi, dans le DSM-5, ce sous-type n'existe plus. Néanmoins, comme mentionné dans la section portant sur les critères diagnostiques, un nouveau sous-type est présent dans ce manuel; il s'agit de l'anxiété de performance. L'anxiété de performance consiste en une peur persistante et intense de ne pas performer devant un auditoire (p.ex., faire un discours devant public, une performance musicale ou une présentation en classe) (American Psychiatric Association, 2013).

Le diagnostic différentiel

Sachant qu'environ 75 % des enfants qui reçoivent un diagnostic de trouble anxieux ont tendance à présenter plus d'un type d'anxiété (Brady & Kendall, 1992; (Kendall, Brady, & Verduin, 2001; Kendall et al., 2010; Seligman & Ollendick, 1998), le diagnostic différentiel du trouble d'anxiété sociale demeure un défi considérable pour les cliniciens. Dans les cas de comorbidité, la décision diagnostique devrait cibler le trouble primaire, c'est-à-dire le trouble ayant davantage de répercussions négatives sur l'individu. Pour ce faire, le clinicien doit faire une évaluation exhaustive de la problématique d'anxiété pour arriver à une compréhension de l'élément central des peurs de la personne (Crozier, Gillihan, & Powers, 2011). Des comparaisons cliniques entre divers troubles anxieux sont présentes dans les écrits de Crozier et ses collègues (2011) et permettent d'approfondir cette thématique. Dans les prochains paragraphes, des

critères discriminants le trouble d'anxiété sociale de trois autres troubles anxieux seront brièvement explorés. Le trouble d'anxiété de séparation, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique avec ou sans agoraphobie sont les troubles anxieux sélectionnés pour la comparaison puisqu'ils partagent plusieurs caractéristiques similaires avec le trouble d'anxiété sociale. Un résumé de cette comparaison est présenté dans le Tableau 1.

Premièrement, le trouble d'anxiété sociale peut à certains égards présenter des similitudes avec le trouble d'anxiété de séparation. La présence ou l'absence des parents dans une situation sociale anxiogène est un facteur distinctif de ces deux troubles. En ce sens, si l'anxiété se manifeste même en présence d'un parent, il s'agit d'un indice fiable de la primauté du trouble d'anxiété sociale.

Deuxièmement, le trouble d'anxiété sociale présente des similitudes avec le trouble d'anxiété généralisée, mais ces deux troubles anxieux s'avèrent distincts chez l'enfant (Whitmore, Kim-Spoon, & Ollendick, 2014). La recherche montre que les inquiétudes concernant la sécurité physique est un critère discriminant qui est plutôt associé au trouble d'anxiété généralisée. Whitmore et ses collègues (2014) mentionnent aussi que le clinicien doit être prudent dans l'utilisation de la présence d'un symptôme physique pour trancher en faveur du trouble d'anxiété généralisée. Effectivement, la symptomatologie de ce trouble (p.ex., agitation, difficulté de concentration ou tension musculaire) est fréquemment présente dans tous les troubles anxieux.

Tableau 1

*Liste de facteurs discriminants dans la décision diagnostique
de troubles anxieux similaires*

Trouble anxieux	Facteurs discriminants en faveur du trouble
Trouble d'anxiété sociale	<ul style="list-style-type: none"> • Crainte de la situation sociale en soi • Peur de démontrer des signes d'anxiété devant autrui
Trouble d'anxiété de séparation	<ul style="list-style-type: none"> • Crainte qu'un malheur survienne à la figure d'attachement et d'en être séparé à tout jamais • La présence du parent diminue significativement l'anxiété
Trouble d'anxiété généralisée	<ul style="list-style-type: none"> • Présence d'inquiétudes concernant diverses thématiques dont la sécurité physique
Trouble panique avec ou sans agoraphobie	<ul style="list-style-type: none"> • Crainte principale concerne l'attaque de panique

Finalement, en contexte d'évaluation clinique, le trouble d'anxiété sociale peut être confondu avec le trouble panique avec ou sans agoraphobie. Par exemple, si un enfant présente une peur intense dans une situation sociale comme le travail en équipe à l'école. Dans cet exemple, il s'agirait d'un trouble d'anxiété sociale lorsque l'enfant craint précisément les interactions avec ses comparses et la possibilité de s'embarrasser devant ceux-ci avec des symptômes anxieux (p.ex., bafouiller ou trembler). Cependant, si la crainte centrale est de faire une attaque de panique dans cette situation sociale, elle répond plutôt aux critères du trouble panique avec ou sans agoraphobie. En résumé, dans

le trouble d'anxiété sociale, l'enfant craint la situation sociale en soi et le risque de démontrer des signes d'anxiété devant autrui (Crozier et al., 2011).

Les instruments de mesure

Il existe plusieurs instruments de mesure concernant les troubles anxieux chez l'enfant. Une bonne connaissance de ces instruments est importante pour l'évaluation des troubles anxieux dans les recherches de même que dans la clinique. Dans la présente section, les instruments de mesure pour évaluer le trouble d'anxiété sociale seront abordés selon trois catégories : les questionnaires, les protocoles d'entrevue diagnostique et une échelle d'évaluation. Dans la première catégorie, les questionnaires seront présentés selon les thématiques suivantes : les symptômes de l'anxiété sociale, les symptômes de l'anxiété générale, et les habiletés sociales. Cette catégorisation est inspirée de l'étude de Segool et Carlson (2008).

Les questionnaires mesurant les symptômes d'anxiété sociale. Plusieurs instruments de mesure permettent de quantifier les inquiétudes et les peurs sociales, les distorsions cognitives et le niveau d'évitement des situations sociales ou de performance chez l'enfant. Certaines sont des mesures autorapportées comme le *Social Phobia and Anxiety Inventory for Children* (SPAI-C) (Beidel, Turner, & Morris, 1995), le *Spence Child Anxiety Scale* (SCAS) (Spence, 1998) et le *Social Anxiety Scale for Children-Revised* (SASC-R) (la Greca & Stone, 1993). À notre connaissance, aucune traduction française n'a été produite ou validée pour ces trois instruments de mesure.

Le SPAI-C est le seul instrument autorapporté par l'enfant ou l'adolescent qui sert exclusivement à mesurer la phobie sociale selon le DSM-IV. Il contient vingt-six items avec une échelle de réponse à trois niveaux (jamais, parfois, la plupart du temps ou toujours) (Scaini, Battaglia, Beidel, & Ogliari, 2012). Ce questionnaire a été développé et validé pour une population âgée de 8 à 17 ans (Beidel et al., 1995). Dans la méta-analyse de Scaini et ses collègues (2012), la cohérence interne (valeur alpha moyenne de 0,935) et la validité de construit (grande taille d'effet : 0,747) se sont avérées excellentes. Pour mesurer la validité de construit, parmi les publications sélectionnées dans la méta-analyse (vingt et une études), six d'entre elles avaient utilisées le SASC-R pour calculer la relation entre les deux questionnaires.

Le SCAS s'intéresse à toutes les catégories de symptômes anxieux, mais un facteur « phobie sociale » peut être utilisé pour cibler précisément ce trouble. Il est donc classé dans la catégorie « symptômes d'anxiété sociale ». Dans sa forme complète, il représente un test d'anxiété générale similaire au *Revised Child Manifest Anxiety Scale* (RCMAS) (Reynolds & Richmond, 1979) qui sera abordé dans la prochaine section (« Des symptômes généraux d'anxiété »). Le SCAS présente une consistance interne élevée pour le score total et pour les sous-échelles. La fidélité test-retest après six mois de ce questionnaire est acceptable. Le test a été démontré comme valide de par sa forte corrélation avec d'autres instruments de mesure et de par sa sensibilité diagnostique (Spence, 1998). Finalement, le groupe d'âge couvert par ce test est de 6 à 16 ans (Reynolds, 1980).

Le SASC-R, quant à lui, sert à mesurer le sentiment d'anxiété sociale en général et l'expérience subjective chez l'enfant (la Greca & Stone, 1993). Le SASC-R est autorapporté par l'enfant âgé entre 7 et 14 ans et contient vingt-six items avec une échelle de cinq points. Pour mesurer la cohérence entre les échelles, la Greca et Stone (1993) ont recouru à la corrélation entre les divers scores des sous-échelles du questionnaire (éviter social et détresse spécifique aux nouveaux pairs et situations; éviter social et détresse générale; peur de l'évaluation négative). Ils ont obtenu des corrélations significatives variant entre 0,45 et 0,59. Également, ces chercheurs ont affirmé que le SASC-R avait une bonne cohérence interne (toutes les corrélations supérieures à 0,65) et une bonne validité. Pour mesurer la validité, ils ont établi des corrélations entre les scores du test et deux mesures similaires (*Self Perception Profile for Children* (SPPC) et le statut social du jeune dans la classe).

Les questionnaires mesurant les symptômes généraux d'anxiété. D'autres instruments de mesure permettent de quantifier l'expérience générale d'anxiété. Cette expérience peut être vécue comme une détresse psychologique ou somatique causée par des inquiétudes et des peurs. Il est important d'introduire ces instruments de mesure puisqu'ils sont souvent utilisés dans les recherches sur le trouble d'anxiété sociale. Les mesures autorapportés les plus utilisés pour l'enfant sont le *Revised Child Manifest Anxiety Scale - second edition* (RCMAS-2) (Reynolds & Richmond, 2008), le *State-Trait Anxiety Inventory for Children* (STAI-C) (Spielberger & Edwards, 1973) et le *Multidimensional Anxiety Scale for Children - second edition* (MASC-2) (March, 2013).

Le RCMAS-2 contient 49 items avec trois sous-échelles mesurant l'anxiété: l'anxiété physiologique (12 items), l'anxiété sociale (12 items) et l'inquiétude (16 items). Également, il inclut une sous-échelle sur l'attitude défensive (9 items). Une recherche utilisant une analyse factorielle confirmatoire a attesté la supériorité statistique du modèle à cinq facteurs (trois facteurs pour l'anxiété et l'attitude défensive divisée en deux facteurs) (Lowe, 2014). Cette recherche a démontré une bonne validité de construit pour le RCMAS-2. De plus, la fiabilité de cet instrument de mesure est adéquate comme l'indiquent les coefficients alpha entre les sous-échelles qui varient entre 0,74 et 0,87. Ces données psychométriques ont été obtenues auprès d'un échantillon de jeunes âgés entre 7 et 19 ans. La version française de ce questionnaire se nomme : *l'échelle d'anxiété manifeste pour enfants* (RCMAS) Cette version a démontré une fiabilité test-retest similaire à l'instrument original, une cohérence interne de bonne à excellente et une bonne validité de construit (Turgeon & Chartrand, 2003). Elle s'avère donc un bon choix pour mesurer l'anxiété chez l'enfant dans une population francophone.

De son côté, le STAI-C est un instrument similaire avec deux échelles de vingt items : *l'anxiété-état* et *l'anxiété-trait*. L'échelle *anxiété-état* mesure une réaction épisodique explicable à une situation stressante ponctuelle tandis que *l'anxiété-trait* représente plutôt une tendance générale pour la personne à réagir par l'anxiété, quelle que soit la situation. Le STAI-C est utilisé avec des enfants âgés de 5 à 12 ans (Papay & Spielberger, 1986). Le RCMAS et le STAI-C sont deux instruments de mesure souvent comparés. D'ailleurs, une étude a démontré une forte corrélation entre le RCMAS et

l'échelle *anxiété-trait* du STAI-C, ce qui démontre d'une bonne validité de construit pour ces deux questionnaires (Reynolds, 1980). Pour ce qui est de la consistance interne de ce test, Papay et Spielberger (1986) ont dévoilé un coefficient Cronbach entre 0,71 et 0,76 pour l'échelle *anxiété-état* et entre 0,82 et 0,89 pour celle *anxiété-trait*. La version française du STAI-C se nomme *l'inventaire d'anxiété situationnelle et de trait pour enfants*. Deux résultats permettent de témoigner de propriétés psychométriques intéressantes pour cette version. Premièrement, l'échelle *anxiété-trait* et celle *anxiété-état* se sont avérées mesurer deux construits spécifiques comme cela est attendu. Deuxièmement, le modèle à trois facteur utilisé dans la version originale a été démontré comme valide (Almerigogna, 2011).

Le MASC-2 est un test de cinquante items mesurant l'ensemble des symptômes anxieux pour une population âgée entre 8 et 19 ans. Ce test utilise une échelle de Likert à quatre points et il se divise en six échelles et quatre sous-échelles : (1) l'anxiété de séparation/phobie; (2) l'index du trouble d'anxiété généralisée; (3) l'anxiété sociale : total (les sous-échelles; (3.1) humiliation/rejet et (3.2) peur des performances); (4) obsessions et compulsions; (5) symptômes physiques : total (les sous-échelles; (5.1) panique et (5.2) tendue/agitée); et (6) évitement du danger. La fiabilité du MASC-2 est bonne avec un coefficient alpha de 0,92 pour le score total et une valeur alpha médiane de 0,79 pour les échelles et sous-échelles (Fraccaro, Stelnicki, & Nordstokke, 2015). La fiabilité test-retest est forte selon la corrélation obtenue (entre 0,80 et 0,94), lors de la comparaison des scores mesurés d'une à quatre semaines d'intervalle. La validité convergente du

MASC-2 est robuste. Pour la version autorapporté, les données confirment une validité de construit adéquate. Une version française du MASC existe : *l'échelle d'anxiété multidimensionnelle pour enfants*. Cette version est démontrée comme un bon instrument pour mesurer l'anxiété chez l'enfant. Sa cohérence entre les échelles est de bonne à excellente et sa validité de construit avec le RCMAS est bonne (Turgeon, Chartrand, Robaey, & Gauthier, 2006).

Pour les trois questionnaires mentionnés dans les précédents paragraphes, une étude a établi un soutien considérable quant à leur capacité à discriminer les enfants normaux de ceux ayant un trouble anxieux (Seligman, Ollendick, Langley, & Baldacci, 2004). Ces questionnaires permettent également une bonne discrimination des troubles externalisés à ceux dits anxieux. Cependant, les auteurs rapportent une faiblesse dans ces instruments à distinguer les troubles anxieux des troubles affectifs. Également, ils soulignent l'importance que ces questionnaires soient utilisés seulement comme soutien au jugement clinique et qu'en aucun cas, il ne remplace ce dernier.

Les questionnaires mesurant les habiletés sociales. Étant donné que plusieurs recherches s'intéressent au déficit des habiletés sociales chez les personnes affectées par l'anxiété sociale, certains instruments de mesure ont été développés pour cette thématique dont *The Matson Evaluation of Social Skills for Youngster* (MESSY; Matson, Rotatori, & Helsel, 1983) et le *Social Skills Improvement System -Rating Scale* (SSIS-RS; Gresham & Elliot, 2008). Il s'agit des deux questionnaires les plus utilisés

pour sonder l'enfant, ses parents et ses enseignantes au sujet des habiletés sociales (Matson, 2009). Ces questionnaires ne sont pas seulement utilisés dans un contexte d'anxiété sociale.

Le MESSY est un questionnaire complété par les parents et les enseignants qui contient soixante-deux items et qui mesure les habiletés sociales chez l'enfant âgé de 4 à 18 ans. Dans ce questionnaire, différents comportements sociaux sont listés et les répondants indiquent la fréquence de chacun de ces comportements sur une échelle de *Pas du tout* (1) à *Énormément* (5). Il s'agit d'un instrument de mesure à cinq facteurs pour la version autorapportée; les habiletés sociales appropriées, l'affirmation de soi inappropriée, l'impulsivité/récalcitrant, la confiance excessive et la jalousie/retrait (Matson et al., 1983). Pour la version parent et enseignant, la structure du test est de deux facteurs : les habiletés sociales appropriées et l'affirmation de soi inappropriée. Ce test a été établi comme ayant une forte consistance interne ainsi qu'une bonne à forte validité convergente et divergente (Matson et al., 2010). Une nouvelle version, MESSY-II a récemment été conçue pour la version des parents/tuteurs comme répondant (Matson, Neal, Worley, Kozlowski, & Fodstad, 2012). Cependant, aucune traduction française de cet instrument de mesure n'a été produite.

Le SSIS-RS est une révision du *Social Skills Rating System* (SSRS; Gresham & Elliot, 1990) et il s'agit d'un questionnaire avec trois versions (enfant, parent et enseignant) pour les enfants âgés entre 3 et 18 ans. Son administration s'échelonne

sur 15 à 20 minutes avec soixante-quinze à quatre-vingt-trois items. Le SSIS-RS s'intéresse plus particulièrement à la fréquence et à l'importance perçue des comportements sociaux positifs et aux problèmes comportementaux qui peuvent affecter la capacité d'acquérir ou d'améliorer des habiletés sociales spécifiques. La consistance interne de ce test est élevée et la validité des indices (habiletés sociales et problèmes de comportement) est modérément élevée. La dernière édition de ce questionnaire, c'est-à-dire SSIS-RS, présenterait les données psychométriques les plus robustes comparativement à l'édition précédente (Gresham, Elliott, Vance, & Cook, 2011).

Étant donné que les habiletés sociales peuvent être conceptualisées d'une manière plus comportementale et en termes de performance, certains chercheurs ont développé des tâches sociales permettant de les évaluer (Beidel, Rao, Scharfstein, Wong, & Alfano, 2010). Néanmoins, aucun de ces instruments de mesure n'a quitté le domaine de la recherche pour s'implanter dans le milieu clinique.

Les protocoles d'entrevue diagnostique. En se basant sur la vision du DSM-5, la présence de symptômes anxieux et l'indice de dysfonctionnement associé à un trouble sont importants pour permettre un diagnostic complet. Ainsi, les protocoles d'entrevue diagnostique ciblent ces deux sphères pour confirmer ou infirmer la présence d'un trouble mental. Ce type d'instrument de mesure est utilisé autant dans le domaine de la recherche que dans le domaine clinique. Les protocoles les plus utilisés en recherche sont l'*Anxiety Disorder Interview Schedule for Children* (ADIS-C) (Silverman &

Albano, 1996), le *National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV* (NIMH DISC-IV) (Shaffer, Fisher, Lucas, Dulcan, & Schwab-Stone, 2000) et le *Child and Adolescent Psychiatric Assessment* (CAPA) (Angold & Costello, 2000). Ces trois instruments de mesure possèdent deux versions pour permettre de recueillir les données avec l'aide de deux informateurs clés : l'enfant et le parent. Tous ces types d'entrevues doivent être administrés par une personne formée à cet effet. Il n'en demeure pas moins que le DISC-IV est un protocole plus structuré, ainsi sa passation requiert une formation moins approfondie.

L'ADIS-C est une entrevue semi-structurée qui permet d'évaluer la présence des troubles mentaux les plus prévalents dans la population infantile et adolescente. L'entrevue est divisée en plusieurs sections selon les différents troubles du DSM-IV et chaque section commence par des questions de dépistage. Lorsque le participant répond positivement à ces questions de dépistage, le clinicien continue d'examiner les symptômes en interrogeant sur la fréquence, l'intensité et l'interférence de ceux-ci sur le fonctionnement de la personne. Ces informations permettront à l'évaluateur de statuer sur l'atteinte ou non des critères diagnostiques du trouble. Les propriétés psychométriques de l'ADIS-C ont été démontrées comme étant vigoureuses lorsque les informations des deux entrevues (parent et enfant) étaient utilisées. Plus précisément, ce protocole d'entrevue a une excellente fiabilité test-retest pour les symptômes du trouble d'anxiété sociale (Silverman, Saavedra, & Pina, 2001), une excellente fiabilité inter-juge pour le diagnostic principal (Lyneham, Abbott, & Rapee, 2007) et une forte validité

concurrente avec le MASC (Wood, Piacentini, Bergman, McCracken, & Barrios, 2002). Les trois études précédemment citées ont évalué les propriétés psychométriques de l'ADIS-C à partir d'un échantillon d'enfants et d'adolescents âgés entre 7 et 17 ans. Finalement, l'ADIS-C n'a pas de version française validée.

Le DISC-IV est une entrevue structurée qui a été construite pour évaluer plus de trente troubles mentaux présents chez l'enfant et l'adolescent. Cet instrument de mesure se divise en deux protocoles d'entrevue : une version pour les parents d'enfants âgés entre 6 et 17 ans et une version administrée directement à l'enfant/adolescent âgé entre 9 et 17 ans (Shaffer et al., 2000). Le DISC-IV a été développé en 1979 par le National Institute of Mental Health Diagnostic, une agence fédérale américaine chargée d'étudier les troubles mentaux. D'ailleurs, le DISC a initialement été construit pour de grandes recherches épidémiologiques. C'est pour cette raison que cette entrevue peut être utilisée par des intervieweurs non experts ayant uniquement reçu une courte formation. La fidélité test-retest de cette entrevue est considérée comme étant de modérée à bonne lorsque le répondant est le parent (Shaffer et al., 2000). Cette propriété statistique n'est pas autant élevée lorsque l'entrevue est administrée à l'enfant. Ce phénomène est d'autant plus flagrant pour le diagnostic du trouble d'anxiété sociale avec le plus faible coefficient de corrélation de 0,25 (Kappa de Cohen). Finalement, pour la validité du DISC-IV, il n'existe pour l'instant aucune étude qui mesure formellement celle-ci, excepté une version espagnole (Kunst, Blidner, ESRubilsky, Longarela, & Vega, 2009). Kunst et ses collègues (2009) ont démontré que le niveau de confiance pour la capacité du DISC-IV à

discriminer un enfant avec un trouble anxieux à celui sans trouble était faible. Pour la version anglaise, les seules données existantes dans ce domaine sont un exercice de validité (approfondissement de certaines questions par le clinicien) et le niveau de sensibilité de ce test pour les troubles psychiatriques moins communs. Ces données préliminaires placent la validité du DISC de modéré à excellente. Pour le DISC-V, aucune version française n'a été produite et validée. Néanmoins, pour la population francophone, il demeure possible d'utiliser une version plus ancienne, c'est-à-dire le DISC-2,25, qui a été traduite et validée (Breton, Bergeron, Valla, Berthiaume, & St-Georges, 1998).

Le CAPA, comme pour l'ADIS-C, est un protocole d'entrevue qui se base sur le jugement de l'intervieweur pour établir le diagnostic final. Celui-ci doit utiliser un vaste glossaire détaillant les troubles psychiatriques pour prendre sa décision diagnostique. Dans cette entrevue, il est de la responsabilité de l'intervieweur de s'assurer que le participant comprenne bien les questions, qu'il dresse un portrait clair des comportements et des émotions liés aux symptômes et que le degré de sévérité des symptômes corresponde à celui du glossaire. Les données dans la littérature scientifique concernant les propriétés psychométriques de ce protocole d'entrevue sont obsolètes. En effet, elles sont basées sur l'ancienne nosologie des troubles anxieux (DSM-III) qui est grandement différente des deux dernières éditions. Néanmoins, ces données suggèrent une bonne validité pour le CAPA selon dix critères rigoureux et une fiabilité test-retest excellente pour le trouble d'hyperanxiété ($k = 0,74$) et le trouble d'anxiété généralisé

($k = 0,79$) (Angold & Costello, 2000). Le CAPA a été validé auprès d'une population âgée de 9 à 16 ans. À notre connaissance, il n'existe pas de version en français de ce protocole d'entrevue.

Une échelle d'évaluation. Finalement, une autre mesure qui peut être utilisée pour l'anxiété sociale est le *Clinician's Global Impressions* (CGI) et son échelle d'anxiété sociale (Guy, 1976). Ce test consiste à une évaluation globale faite par un clinicien sur la pathologie de l'individu. Le CGI possède deux items que le clinicien doit coter sur une échelle allant de 1 à 7. Les deux items sont la sévérité de la pathologie et les changements à la suite d'un traitement. Le clinicien doit fonder son jugement sur toutes les informations disponibles, comme : l'histoire du patient, les circonstances psychosociales du développement de son trouble, ses symptômes, ses comportements et les impacts du trouble sur son fonctionnement. Il s'agit d'un instrument de mesure rapide à utiliser : environ une minute à la suite d'une évaluation clinique (Busner & Targum, 2007).

La prévalence du trouble d'anxiété sociale

Dans la population générale adulte, l'anxiété sociale est le trouble anxieux le plus commun avec une prévalence d'occurrence durant la vie, estimée à 13 % dans le National Comorbidity Survey et à 12 % dans le National Comorbidity Survey Replication (Kessler et al., 1994, 2005). Cette recherche d'envergure ($n = 8098$) est souvent citée dans le domaine, néanmoins certains choix méthodologiques amènent à la

prudence quant à la manière d'interpréter ces résultats. En effet, les auteurs comparent leur taux de prévalence à des études antérieures sur le sujet et ont constaté que leurs résultats étaient plus élevés. Ces résultats plus élevés sont partiellement expliqués par le choix de mesure, soit une version révisée du *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI). Il s'agit d'une entrevue structurée qui peut être passée par un non-clinicien formé. Les chercheurs soutiennent que cet instrument s'avèrait plus sensible au trouble d'anxiété sociale (Kessler et al., 1994). Cette recherche demeure tout de même une information centrale dans la prévalence des pathologies mentales.

Chez les enfants âgés de 4 à 16 ans, les études rapportent la présence de ce trouble spécifique comme étant moins répandue que chez l'adulte. Les rares études dans le domaine de l'anxiété obtiennent un taux de prévalence variant de moins de 1 à 6,8 % (Chavira et al., 2004; Costello et al., 1996; Demir, Karacetin, Eralp Demir, & Uysal, 2013; Paulus, Backes, Sander, Weber, & von Gontard, 2015). L'étude ayant l'échantillon le plus important ($n = 1015$) estime la prévalence de l'anxiété sociale à moins de 1 % chez l'enfant de 9 à 13 ans (Costello et al., 1996). Néanmoins, l'argument de la puissance statistique de celle-ci ne permet pas d'écarter les autres recherches démontrant une prévalence plus élevée. En effet, les diverses études dans le domaine utilisent différents instruments de mesure pour conclure à un trouble mental. Ces variations dans la prévalence sont grandement attribuables à la complexité de la décision diagnostique. Par exemple, il est complexe de déterminer le seuil clinique. Chavira et ses collègues (2004) amènent cette réflexion en comparant la prévalence de l'anxiété sociale chez l'enfant

entre un groupe clinique (6,8 %) et près du seuil clinique (18,9 %). Ainsi, malgré que ces deux derniers groupes soient similaires au niveau de leurs caractéristiques et des risques associés à leur difficulté, les études sur la prévalence s'intéressent principalement au groupe clinique. Cette réflexion souligne l'obligation de ne pas seulement se baser sur la prévalence pour évaluer l'importance sociale de l'anxiété sociale. Par exemple, l'étiologie justifie l'intérêt de cibler l'enfance dans l'étude de ce trouble. Les premières occurrences du trouble d'anxiété sociale semblent apparaître typiquement durant la fin de l'enfance ou à l'adolescence. Selon une étude rétrospective, 75 % des adultes ($n = 5692$) rapportaient l'apparition de ce trouble avant l'âge de 16 ans (Kessler et al., 2005). Plus précisément, Kessler et ses collègues (2005) ont ciblé 13 ans comme étant l'âge médian de l'apparition du trouble d'anxiété sociale.

Il est possible de penser que la prévalence du trouble d'anxiété sociale est sous-estimée chez les enfants d'âge scolaire. En effet, une des particularités du trouble d'anxiété sociale et des troubles internalisés en général est la difficulté pour les intervenants et les proches d'identifier la problématique et de référer l'enfant aux services adaptés. Les parents et les tuteurs qui sont d'importants vigiles pour les services en santé mentale identifient ou réfèrent moins fréquemment un enfant pour un trouble internalisé (Wren, Scholle, Heo, & Comer, 2003). Également, comme cela sera abordé dans la prochaine section, les parents de ces enfants anxieux vivent souvent aussi de l'anxiété sociale. Ainsi, il est possible que ces parents aient tendance à minimiser les

symptômes de leur enfant puisqu'ils auraient eux-mêmes vécu certaines manifestations de ce trouble.

Le développement du trouble d'anxiété sociale

Le développement de l'anxiété sociale est un phénomène multifactoriel. En ce sens, Ollendick et Hirshfeld-Becker (2002) ont publié un papier résumant les divers aspects développementaux (p.ex., la génétique et le tempérament) considérés comme précurseurs de ce trouble. Voici les principaux facteurs de risque pour développer l'anxiété sociale et tout autre trouble anxieux : la vulnérabilité génétique, l'inhibition comportementale, l'influence parentale, la présence d'événements conditionnant et l'influence cognitive (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002). Ollendick et Hirshfeld-Becker expliquent que la vulnérabilité génétique est un facteur étudié à l'aide de recherche sur des jumeaux ou des familles. Ces chercheurs décrivent la vulnérabilité génétique comme certains facteurs génétiques qui amènent une prédisposition biologique augmentant les risques de développer une pathologie. Par exemple, dans l'anxiété sociale, ces prédispositions biologiques peuvent être de la timidité, de l'inhibition comportementale ou des traits anxieux. L'inhibition comportementale est un tempérament observable à un très jeune âge affectant 10 à 15 % de la population caucasienne américaine. Ce tempérament consiste à se comporter de manière timide, calme et inhibée dans une situation avec des personnes et des objets étrangers (Kagan, Reznick, & Snidman, 1988). Si une partie de cette association s'explique par des facteurs génétiques, l'autre se traduit par une influence environnementale. Il est alors

possible de parler de l'influence parentale. Certains auteurs proposent que le modèle de phobie sociale des parents soit transmis à l'enfant. Le parent affecté par l'anxiété sociale véhicule une anticipation négative de l'évaluation sociale et propose moins d'expériences de socialisation à son enfant (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002). La présence d'événements conditionnant est un autre facteur étiologique impliqué dans l'anxiété sociale. D'ailleurs, une recherche sur 340 adolescents anxieux socialement soulève une association entre une expérience traumatisante (l'humiliation ou le rejet social, le harcèlement ou l'agression sexuelle, la maltraitance) et le trouble d'anxiété sociale. (Gren-Landell, Aho, Andersson, & Svedin, 2011). Sur le sujet de la maltraitance vécue durant l'enfance, Simon et ses collègues (2009) ont questionné 103 participants avec un trouble d'anxiété sociale. Il ressort de cette étude qu'un événement conditionnant comme la maltraitance vécue durant l'enfance était associé à des symptômes plus sévères d'anxiété sociale. Ce type d'événement est également conceptualisé comme un moment angulaire du développement de cette pathologie. Finalement, le dernier facteur suggéré par Ollendick et Hirshfeld-Becker est l'influence cognitive, défini comme l'impact des pensées et des perceptions biaisées qui exacerbent ou maintiennent l'anxiété sociale et qui nuisent aux stratégies d'adaptation. Par exemple, les recherches chez l'adulte sur ce facteur étiologique ont démontré que l'attention excessive sur soi (décrit plus bas dans la présentation du modèle de Clark et Wells, 1995) joue un rôle important dans le maintien de l'anxiété sociale (Bögels & Mansell, 2004; Clark & Wells, 1995; George & Stopa, 2008). Des données préliminaires suggèrent que cette tendance à centrer son attention sur soi chez les personnes souffrant d'anxiété sociale est présente dès l'enfance

(Hodson, McManus, Clark, & Doll, 2008). D'ailleurs, le contenu des pensées chez l'enfant atteint d'anxiété sociale est caractérisé par une attention égocentrique négative et une autodévalorisation (Albano, Marten, Holt, Heimberg, & Barlow, 1995; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 1999). Tous ces facteurs étiologiques peuvent être impliqués, mais sont non suffisants, dans le développement de l'anxiété sociale.

Dans les écrits scientifiques, il existe trois principaux modèles théoriques qui proposent une conceptualisation du trouble d'anxiété sociale. Le modèle Carver et Scheier (1988) n'est pas inclus dans ce regroupement étant donné qu'il s'intéresse à la réaction anxieuse de façon plus générale. En effet, Carver et Scheier ont élaboré une théorisation qui présente une compréhension de l'anxiété dans des situations de performances diverses et pas seulement dans des contextes sociaux. Ainsi, le spectre plus large de cette théorisation le rend moins pertinent pour le présent essai. Il n'en demeure pas moins que cette théorisation est un précurseur dans le domaine de la modélisation de l'anxiété. Les trois modèles sélectionnés sont celui de Schlenker et Leary (1982), celui de Clark et Wells (1995) illustré par la Figure 1 et celui de Rapee et Heimberg (1997) illustré par la Figure 2. Ces trois modèles ont d'abord été conceptualisés et utilisés pour la population adulte. Ils sont d'approche cognitive et comportementale et ils s'élaborent autour de l'expérience d'anxiété vécue par l'individu dans une situation sociale perçue comme menaçante.

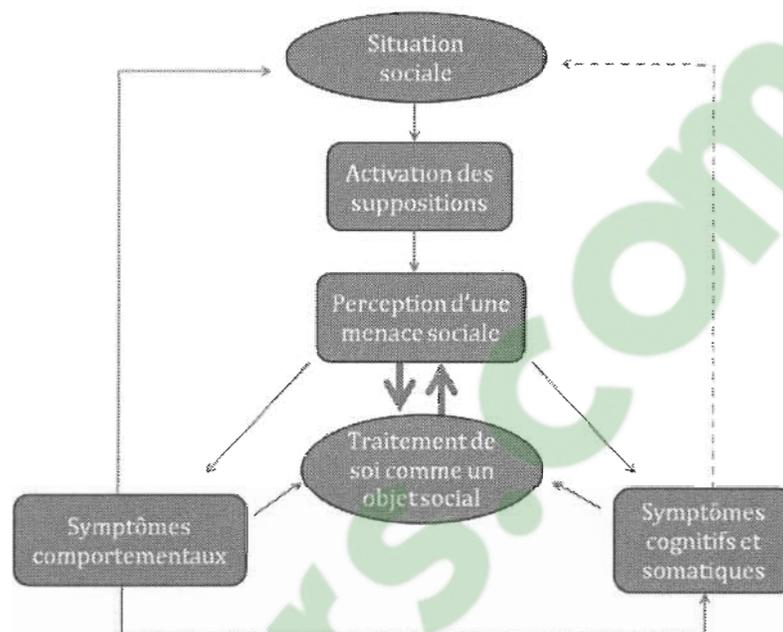


Figure 1. Le modèle de Clark et Wells (1995).

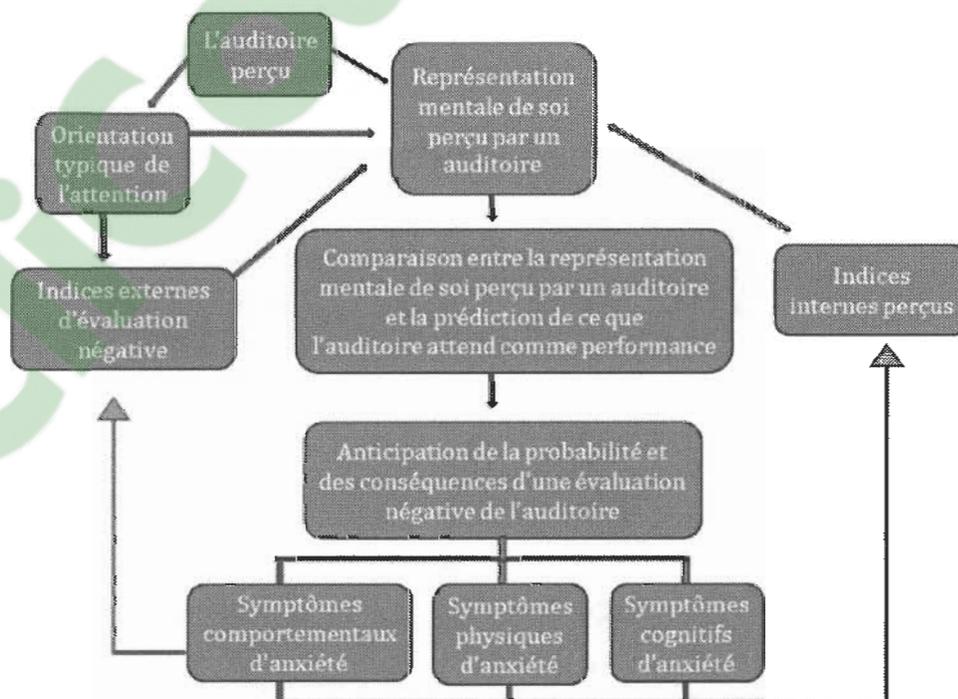


Figure 2. Le modèle de Rapee et Heimberg (1997).

Le modèle de Schlenker et Leary (1982) est un précurseur des autres modèles et son influence sur ceux-ci est identifiable par la trame de fond similaire. Cette trame de fond dans les trois modèles est l'explication de l'anxiété sociale par un facteur cognitif, soit la présence d'attentes négatives concernant l'évaluation d'autrui. Selon Schlenker et Leary, ce facteur cognitif se produit lorsque devant un auditoire réel ou imaginé, un individu est motivé à créer une impression positive. Lorsque cet individu doute de ses capacités à créer une impression positive, il est fort probable qu'il perçoive ou imagine des réactions chez l'autre qu'il interprétera comme un jugement négatif. C'est dans cette séquence que se déclenche l'anxiété sociale. Schlenker et Leary ont donc introduit un concept théorique *la présentation de soi* qui se définit comme l'effort et les actions entreprises pour contrôler l'image que l'on dégage devant un auditoire réel ou imaginé. Ce concept peut être appliqué à tous les êtres humains et selon les auteurs, il est naturel et non pathologique. L'anxiété sociale émerge plutôt lorsque *la présentation de soi* paraît inatteignable pour l'individu. Subséquemment, le manque de confiance en ses capacités à contrôler l'impression que l'on crée chez autrui est un facteur prédisposant à l'anxiété sociale.

Les attentes négatives en lien avec l'évaluation sociale d'autrui, nommées comme étant des *suppositions* dans le modèle de Clark et Wells (1995), représentent le point de départ de cette théorisation. L'individu anxieux socialement a tendance à entretenir des suppositions négatives à propos de lui-même ou d'autrui dans un contexte social. Plus particulièrement, il fait la supposition qu'il est en danger d'agir d'une manière

inappropriée et que cette manière d'agir aura des conséquences graves en termes de perte de statut, de perte de valeur et de rejet. L'activation de ces suppositions et la perception de menace sociale créent chez l'individu en question des symptômes somatiques, cognitifs et comportementaux liés à l'anxiété. Ces symptômes peuvent se manifester par une augmentation du rythme cardiaque, de la sudation, un discours rapide, la fuite de la situation sociale, etc. De plus, ces symptômes sont souvent interprétés par la personne comme étant des signes d'incompétence sociale. La fuite de situations sociales, peut aussi être vue comme un comportement sécurisant. Les comportements sécurisants dans l'anxiété sociale se définissent comme des actions entreprises pour éviter un jugement anticipé ou pour se rassurer. Par exemple, une personne qui craint que le tremblement de ses mains soit remarqué pourrait engager un comportement sécurisant comme cacher ses mains derrière son dos. Ce type de comportement devient problématique puisqu'il empêche la confrontation des suppositions erronées de l'individu à la réalité. Dans cette situation, la supposition erronée de l'individu serait : « si l'autre me voit trembler, il me jugera et me rejettera ». Finalement, un des processus les plus importants amenés par Clark et Wells (1995) est l'attention excessive sur soi comme objet social. Lorsque l'anxieux social se retrouve dans une situation sociale perçue comme menaçante, son attention se déplace progressivement sur lui-même. Plus précisément, il produit une hypothèse catastrophique de ce que l'autre perçoit et pense de lui en utilisant seulement des informations intéroceptives (p.ex., les mains qui tremblent ou d'autres symptômes anxieux). Ainsi, il assume que ces informations représentent la perception de l'autre malgré le fait qu'elles soient peu visibles par autrui. Étant donné que l'individu souffrant

d'anxiété sociale devient envahi par des symptômes anxieux dans une situation sociale, cette source d'information est souvent erronée et négative.

L'adaptation du modèle de Clark et Wells (1995) à la population infantile a été étudiée dans une étude de cas chez un garçon âgé de 11 ans affecté par une phobie des dictées ainsi que dans une recherche corrélacionnelle (Ahrens-Eipper & Hoyer, 2006; Hodson et al., 2008). Ces deux écrits permettent d'illustrer la possible application du modèle à une clientèle plus jeune. D'ailleurs, une recherche expérimentale dans ce domaine a déjà suggéré des données préliminaires quant à sa validité et son efficacité (Melfsen et al., 2011). Il est important de noter que Melfsen et ses collègues (2011) avaient seulement sélectionné les participants présentant des capacités intellectuelles dans la moyenne. Ainsi, l'effet d'un traitement basé sur ce modèle est inconnu dans une situation où l'enfant se classerait sous la moyenne dans un test d'intelligence. L'étude de Melfsen et ses collègues est détaillée plus amplement dans la section « Résultats ».

Rapee et Heimberg (1997) introduisent leur modèle en proposant deux positions sur la taxonomie de l'anxiété sociale qui servent d'assise dans leur compréhension de cette pathologie. Voici ces deux positions : (1) l'anxiété sociale se situe sur un continuum de sévérité entre la timidité et le trouble de personnalité évitant et (2) les deux sous-types (général et spécifique) du trouble d'anxiété sociale dans le DSM-IV sont de nature semblable. Ainsi, le présent modèle s'applique à ces deux sous-types. Ce modèle est similaire et s'appuie sur un raisonnement semblable à celui de Clark et Wells (1995). Le

modèle de Rapee et Heimberg se construit autour de la croyance erronée des anxieux sociaux que l'auditoire est intrinsèquement critique et qu'il le jugera probablement négativement (Leary, Kowalski, & Campbell, 1988). Également, l'importance capitale qu'ils accordent à être positivement évalué par les autres devient centrale dans l'apparition et le maintien ce trouble anxieux.

Lorsqu'une personne se retrouve dans une situation sociale, elle se construit une représentation mentale de son apparence extérieure et de ses comportements perçus par un auditoire. Cette représentation est construite à l'aide des indices internes (comme les symptômes physiques et proprioceptifs), des indices externes (comme la rétroaction de l'auditoire) et en se basant sur la mémoire à long terme de l'individu. Cette représentation est comparée à une prédiction de ce que l'auditoire attend comme performance dans la situation sociale. Chez l'anxieux social, les standards de performance sociale s'avèrent souvent très élevés ce qui les rend inaccessibles. Dans ce contexte, l'écart entre la représentation de sa performance sociale et le standard de l'auditoire est généralement grand. Cet écart amène la peur d'être jugé négativement par l'auditoire et l'individu se met à craindre les conséquences négatives de ce jugement. Il s'en suit des réactions anxieuses physiologiques, comportementales et cognitives. Ces symptômes anxieux influencent les indices internes et externes de l'individu et ce changement crée une modification de la représentation de soi. Un cercle vicieux se voit ainsi créé.

Les conséquences du trouble d'anxiété sociale

Chez l'enfant, les études concernant les conséquences négatives du trouble d'anxiété sociale sont moins nombreuses que chez l'adulte. Toutefois, Beidel et ses collègues (1999) ont démontré que les enfants qui présentent un trouble d'anxiété sociale ont moins d'amis, une faible implication dans les activités extérieures, des symptômes somatiques et de la difficulté à se présenter à l'école. Également, une étude chez une population non clinique corrobore ces résultats qui associent l'anxiété sociale à des conséquences importantes dans les sphères sociale, scolaire et affective (Weeks, Coplan, & Kingsbury, 2009). Dans cette étude, l'entrevue semi-structurée SASC-R a été administrée. Les chercheurs ont divisé les enfants en deux groupes : (1) les enfants non anxieux (score sous la moyenne); et (2) les enfants anxieux socialement (score au-dessus d'un écart-type de la moyenne). Les enfants du deuxième groupe avec une symptomatologie anxieuse plus importante ont rapporté plus de sentiment de solitude, plus d'évitement scolaire et moins d'intérêt pour l'école.

L'anxiété sociale chez l'enfant est également associée à une perception négative d'acceptation sociale, une basse estime de soi, une popularité faible et une plus grande difficulté à développer des amitiés (Beidel & Turner, 2007; Bokhorst, Goossens, & de Ruyter, 2001; la Greca & Stone, 1993). Dans cette population clinique, ils sont plus enclins à anticiper des conséquences négatives dans une situation d'interaction et à avoir des biais dans leur interprétation des expressions faciales (Battaglia et al., 2004; Reijntjes, Dekovic, & Telch, 2007; Siebke Melfsen & Florin, 2002).

Le traitement des troubles anxieux chez l'enfant

Malgré le fait que les troubles anxieux soient les plus importants troubles psychiatriques durant l'enfance et qu'ils amènent de nombreuses conséquences négatives, seulement un petit pourcentage d'enfants recevrait un traitement approprié (Gosch et al., 2006). Gosch et ses collègues (2006) argumentent que ce déficit au niveau des services est causé par une pénurie de prestataires de soins formés à reconnaître et à fournir des traitements efficaces pour ces enfants. Certaines recherches longitudinales portant sur l'évolution des troubles anxieux chez l'enfant amènent à croire à une instabilité du diagnostic durant cette période de la vie (Beesdo et al., 2009). Cependant, ces mêmes recherches longitudinales montrent que même si le diagnostic varie énormément durant l'enfance, il y a une stabilité dans la présence d'une pathologie. En d'autres mots, il semble plutôt rare qu'un enfant affecté par un trouble anxieux soit libre de tout diagnostic avec le simple passage du temps. Également, les conséquences immédiates et futures d'un trouble anxieux sur l'enfant sont incontestables (Beidel et al., 1999; Rapee & Barlow, 1991; Velting et al., 2004). Ces différents arguments confirment donc l'importance des recherches dans le domaine du traitement du trouble anxieux chez l'enfant et de la nécessité de continuer à cumuler des données probantes sur le sujet.

D'ailleurs, pour permettre d'utiliser les données probantes et de comparer les résultats de plusieurs recherches sur un traitement ou une technique d'intervention, la taille d'effet demeure une mesure incontournable. Cette mesure standardisée indique à

quel niveau deux groupes sont différents l'un de l'autre (Segool & Carlson, 2008). De plus, cette mesure est la donnée principalement utilisée dans les techniques de méta-analyse. L'objectif ici n'est pas de faire une méta-analyse des traitements cognitifs et comportementaux chez l'enfant souffrant d'anxiété sociale, mais plutôt de faire une recension des écrits et une comparaison sérieuse des diverses études dans le domaine.

Cohen (1988) a catégorisé les tailles d'effet ainsi : petite ($d \leq 20$), moyenne ($d = 50$) et grande ($d \geq 80$). Ainsi, une taille d'effet de 80 indique qu'au post-traitement, 79 % de l'échantillon a obtenu un résultat au-dessus de la moyenne de l'échantillon au prétraitement (Lipsey & Wilson, 2001).

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) pour les troubles anxieux

La thérapie cognitive et comportementale (TCC) est une approche en psychologie qui inclut une variété de techniques cognitives et comportementales. Les principales techniques utilisées pour traiter l'anxiété sociale sont l'exposition, l'entraînement aux habiletés sociales et la restructuration cognitive. La nature et l'efficacité de ces techniques seront abordées à la section « Le traitement de l'anxiété sociale chez l'enfant : les techniques d'intervention spécifiques ». La TCC est généralement une thérapie brève, de douze à seize rencontres, qui privilégie l'autonomie du patient. Récemment, Seligman et Ollendick (2011) en recensant plus de quarante études randomisées, rapportent que la TCC est le seul traitement psychologique valide empiriquement pour traiter les troubles anxieux chez l'enfant. La taille d'effet de ces

études est généralement large (allant de 0,47 à 2,02) et l'évaluation post-traitement suggère que deux enfants sur trois traités avec la TCC ne présentent plus de trouble anxieux primaire (Chorpita et al., 2002). D'autres recherches non incluses dans la méta-analyse de Seligman et Ollendick (2011) ont aussi démontré l'efficacité de ce type de traitement pour les troubles anxieux chez l'enfant (Dadds, Spence, Holland, Barrett, & Laurens, 1997; Shortt, Barrett, & Fox, 2001). D'ailleurs, trois méta-analyses sur des études randomisées contrôlées ont rapporté à la suite de ce type de traitement un taux de rémission de 56,5 %, 55,4 % et 56 % respectivement, en utilisant une approche *intent-to-treat* pour traiter les données manquantes (Cartwright-Hatton, Roberts, Chitsabesan, Fothergill, & Harrington, 2004; In-Albon & Schneider, 2007; James, Soler, & Weatherall, 2005). Ces données indiquent que la TCC propose des pistes encourageantes pour le traitement du trouble anxieux chez l'enfant.

Les programmes d'intervention qui ont été développés en recherche se retrouvent souvent sur le terrain clinique. Par exemple, la recherche a permis d'évaluer et de développer le programme « Coping Cat » (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Kendall, 1994; Kendall et al., 1997; Kendall & Hedtke, 2006; Nauta, Scholing, Emmelkamp, & Minderaa, 2003). Ce programme de traitement des troubles anxieux chez l'enfant demeure le plus appuyé empiriquement et le plus diffusé à travers le monde. Il a été adapté en Australie (Coping Koala), au Pays-Bas, au Canada (Coping Bear) et au Québec (Super l'Écureuil). Les manuels standardisés de traitement aident à s'assurer de l'intégrité du traitement et permettent la diffusion facile du traitement

(Gosch et al., 2006). Néanmoins, les thérapeutes doivent être prudents avec l'utilisation d'un manuel. Ceux-ci doivent s'assurer de maîtriser les concepts théoriques qui ont permis de l'élaborer. Le manuel ne consiste pas à un ensemble de technique à appliquer, mais plutôt à des principes cohérents basés sur une compréhension théorique d'un trouble psychologique. Le manque de connaissance des concepts théoriques peut mener à une trop grande rigidité et une implantation mécanique de certaines interventions. Au contraire, un thérapeute à l'aise avec le contenu théorique du manuel sera plus outillé pour faire preuve de flexibilité selon les différents patients (Kendall, Chu, Gifford, Hayes, & Nauta, 1998). Ainsi, Kendall et Chu (2000) expliquent l'importance de prioriser la flexibilité à la fidélité. Subséquemment, le traitement doit être individualisé tout en restant cohérent avec les principes de la TCC.

Les traitements ciblant un diagnostic spécifique

Bien que les TCC pour l'anxiété dans une perspective large aient montré leur efficacité, les traitements visant des troubles anxieux spécifiques ont également attiré l'attention des chercheurs. Plusieurs recherches montrent qu'environ 40 % des enfants ne répondent pas à des traitements généraux du trouble anxieux (Cartwright-Hatton et al., 2004; In-Albon & Schneider, 2007; James et al., 2005). Ainsi, ces données suggèrent la nécessité de programmes de traitement spécifique pour chaque trouble anxieux afin d'augmenter ces taux d'efficacité. Dans cet ordre d'idée, les experts développent des manuels de traitement pour un trouble précis, par exemple pour le trouble d'anxiété généralisée ou pour le trouble obsessionnel compulsif.

De plus, pour justifier le développement de traitements spécifiques, les chercheurs amènent l'argument de l'unicité de certaines caractéristiques dans chaque trouble anxieux. Par exemple, Laurent et Stark (1993) rappellent que le contenu de la pensée est spécifique d'un trouble à l'autre. Également, l'utilité d'un traitement spécifique peut être justifiée par le fait que les symptômes, les facteurs étiologiques et les dysfonctionnements sont uniques à chacun des troubles (Ferdinand et al., 2006). En s'attardant précisément aux caractéristiques du trouble d'anxiété sociale, plusieurs études soutiennent un déficit sur le plan des habiletés sociales et une perception d'isolement chez l'enfant atteint par ce trouble (Alfano, Beidel, & Turner, 2006; Beidel et al., 1999; Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002; Spence et al., 1999). Ces deux caractéristiques sont moins observées dans les autres troubles anxieux. De plus, lorsque cette particularité est incluse dans le traitement psychologique, l'adaptation des interventions au trouble d'anxiété sociale semble être bénéfique. En effet, plusieurs études ont rapporté des résultats prometteurs en incluant l'apprentissage d'habiletés sociales et la socialisation dans le traitement cognitif et comportemental (Beidel, Turner, & Morris, 2000; Beidel et al., 2007; Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint, 2000). Par contre, la preuve ultime serait la comparaison de deux interventions (spécifique et générale), ce qui n'a pas encore été fait dans la recherche sur l'anxiété à notre connaissance.

Les données probantes

Les deux arguments principaux qui soutiennent le développement d'un traitement spécifique sont l'absence de rémission du trouble anxieux pour certains enfants à la suite

d'un traitement général et la spécificité des symptômes, des conséquences et des pensées associés à chacun des troubles. Ces arguments justifient la présence des traitements spécifiques, néanmoins de nouvelles données probantes permettraient d'appuyer cet argumentaire. En ce sens, une récente étude chez l'adulte s'est intéressée à l'efficacité du traitement cognitif et comportemental en comparant un traitement ciblant un diagnostic spécifique à un traitement transdiagnostique (Norton & Barrera, 2012). Selon Norton et Barrera (2012), le traitement transdiagnostique en groupe pourrait être préférable dans plusieurs cadres cliniques. Plus précisément, il serait préférable dans des environnements où il est impossible de créer des sous-groupes présentant le même diagnostic (Erickson, Janeck, & Tallman, 2009). Par exemple, la difficulté à former un groupe homogène se fait sentir dans les régions peu peuplées ou les milieux avec beaucoup de demandes de services et un nombre insuffisant de ressources pour offrir un traitement individualisé et adapté au diagnostic. De plus, selon ces mêmes auteurs, le traitement transdiagnostique simplifie la diffusion du traitement et la formation des thérapeutes (Clark & Taylor 2009).

Le manque de recherche comparant l'efficacité entre un traitement spécifique et un traitement général du trouble anxieux est clair. À notre connaissance, l'étude de Norton et Barrera (2012) est unique dans ce domaine et aucune n'existe pour la population infantile. Les résultats de cette étude montrent que les deux types de traitement sont statistiquement similaires, ce qui laisse croire à une absence de différences cliniquement significatives. Ces données doivent être interprétées avec nuance étant donné le petit

échantillon ($n = 46$). Néanmoins, cette étude amène l'idée que c'est l'analyse des ressources, des contraintes institutionnelles et l'analyse fonctionnelle de la problématique de l'individu qui devrait guider le choix de l'intervention. Au Québec, depuis l'implantation de la loi 83 au début des années 2000, les services se sont hiérarchisés en trois niveaux selon la gravité et la spécialisation des besoins de la clientèle (MSSS, 2004). Dans ce contexte, un traitement transdiagnostique pourrait s'appliquer plus facilement dans un service de première ligne comparativement au traitement spécifique qui se développerait plus aisément dans un service de deuxième, voire de troisième ligne.

Tant que la recherche n'aura pas statué de la supériorité d'un des traitements, l'étude sur les programmes de traitements adaptés à un diagnostic précis demeure encore pertinente. De plus, ce type d'étude permet aux chercheurs de découvrir les particularités de chaque trouble anxieux.

Le traitement de l'anxiété sociale chez l'enfant : les techniques d'intervention spécifiques

Les techniques d'intervention habituellement incluses dans un programme de traitement cognitif et comportemental sont : l'exposition, l'entraînement aux habiletés sociales, l'éducation psychologique, la relaxation et la restructuration cognitive (Gosch et al., 2006). Ces diverses techniques seront brièvement décrites dans les sections ci-dessous. De plus, certaines études qui se sont intéressées à leur efficacité seront abordées.

L'exposition

Une des techniques centrales dans l'intervention comportementale pour l'anxiété sociale est l'exposition. Cette technique est dite comportementale puisqu'elle cible le phénomène d'habituation expliqué précédemment dans la section « Les différentes compréhensions théoriques de l'anxiété ». L'habituation est une réaction graduelle et naturelle de l'organisme et durant l'exposition, elle se manifeste par une diminution de la réactivité à un stimulus perçu comme dangereux. Ainsi, alors que les individus souffrants d'anxiété sociale ont souvent tendance à éviter les situations sociales, l'exposition amène plutôt l'individu à se confronter à sa peur (André, 2001). Cette exposition répétée permet à l'individu de par le phénomène d'habituation de diminuer l'association entre le stimulus craint (situation sociale) et la réponse de l'organisme (la réaction d'anxiété). Ainsi, l'exposition est l'opposée de la stratégie d'évitement des situations anxiogènes. L'évitement est un comportement efficace à court terme puisqu'il permet à la personne de diminuer rapidement ses symptômes anxieux et de retirer le stimulus anxiogène. À long terme, l'évitement s'avère nocif puisqu'il renforce la perception de menace associée à la situation fuie et empêche ainsi le processus d'habituation de se mettre en place.

La technique d'exposition peut être appliquée en imagination ou dans une situation sociale réelle, nommée l'exposition *in vivo*. Cependant, l'application de cette technique ne se fait pas sans difficulté (Olfson et al., 2000). Les défis les plus fréquents à cet effet sont : (1) de statuer des tâches graduelles et répétables (2) de permettre une exposition

prolongée (3) de s'assurer d'un engagement adéquat durant l'exposition et (4) de négocier avec des aspects cognitifs de ce trouble anxieux (Butler, 1985). Dans le cas de l'anxiété sociale, ces défis se présentent dans l'élaboration de situations sociales qui serviront de contexte d'exposition. Par exemple, plusieurs situations sociales sont de courte durée (p.ex., dire bonjour, faire un achat), ce qui empêche une exposition prolongée. Également, une personne affectée par l'anxiété sociale peut avoir un emploi du temps qui l'expose continuellement à des situations sociales sans que ces expositions soient bénéfiques. Butler (1985) explique ce phénomène par le désengagement et l'évitement cognitif chez l'anxieux. Dans ce contexte, le défi clinique consiste à permettre l'engagement du patient dans la situation anxiogène permettant ainsi les bienfaits de l'exposition. Finalement, dans les troubles anxieux, l'aspect cognitif semble central dans le maintien du trouble (Musa & Lépine, 2000). En effet, malgré le traitement par exposition, l'anxieux social pourrait continuer à s'autoévaluer négativement dans les situations sociales.

Plusieurs solutions existent dans la littérature scientifique à ces différents problèmes. Par exemple, l'alliance avec le milieu scolaire et la thérapie de groupe sont des modalités qui permettent au clinicien un meilleur contrôle sur les expositions *in vivo*. Aussi, Bouchard, Mendlowitz, Coles et Franklin (2004) ont publié un papier sur l'application de l'exposition pour des enfants affectés par des peurs et par des phobies. Les auteurs mettent l'accent sur l'implication des parents dans le traitement, expliquant que ceux-ci peuvent aider et encourager les enfants dans leurs exercices à la maison.

D'ailleurs, ils mentionnent également que ces exercices à la maison sont fondamentaux pour le succès du traitement. Ces exercices permettent une répétition de l'exposition qui défait complètement l'association entre le danger et le stimulus craint. Également, Bouchard et ses collègues (2004) soulignent l'importance de l'alliance thérapeutique pour les enfants et les adolescents. En effet, il est primordial que la subjectivité de l'enfant soit respectée et que la relation thérapeutique se base sur une collaboration de travail. Pour ce faire, il est recommandé de rendre la thérapie amusante pour cette clientèle en incluant leurs intérêts, des activités ludiques et des renforcements adaptés à leur âge. Dans cet article, plusieurs autres principes de l'exposition sont décrits, mais ceux-ci sont similaires à l'application de cette technique à l'adulte (Bouchard et al., 2004).

Au niveau des données probantes, plusieurs chercheurs considèrent l'exposition comme la technique centrale dans le traitement cognitif et comportemental des troubles anxieux (Abramowitz, Deacon, & Whiteside, 2011; Barlow, 2002; Chambless & Ollendick, 2001; Deacon & Abramowitz, 2004; McKay & Whiteside, 2013). Feske et Chambless (1995) appuient cet énoncé en se référant aux résultats obtenus dans leur méta-analyse chez une population adulte comparant les études utilisant la TCC ($n = 12$) à celle utilisant seulement l'exposition ($n = 9$). Leurs résultats suggèrent qu'un traitement se centrant sur l'exposition donne des résultats égaux à ceux obtenus avec la TCC en termes d'amélioration de l'anxiété sociale, des symptômes cognitifs et de l'humeur dépressive/anxieuse. Néanmoins, l'aspect central de la technique d'exposition dans les

traitements TCC ne fait pas consensus dans la littérature scientifique. Dans leur étude randomisée et contrôlée, Clark et ses collègues (2006) ont rapporté que leur programme de thérapie cognitive démontrait une plus grande efficacité qu'un traitement combinant exposition et relaxation appliquée. Ces résultats sont soutenus par une méta-analyse (abordée dans la section « Les techniques cognitives ») favorisant le traitement cognitif dans le trouble d'anxiété sociale (Ougrin, 2011). Cependant, l'interprétation de cette méta-analyse doit être nuancée puisque les résultats pour le traitement du trouble d'anxiété sociale incluaient seulement trois études. Parmi ces trois études, deux sont réalisées par le même laboratoire de recherche qui est spécialisé dans le traitement cognitif. Toutefois, l'ambivalence entre les techniques comportementales et les techniques cognitives dans la littérature scientifique est loin d'être un sujet clos. Cette ambivalence suggère l'hypothèse que la combinaison de ces deux approches demeure le choix le plus judicieux.

Chez la population infantile, une étude montre que la thérapie centrée sur la technique d'exposition est incomplète, c'est-à-dire qu'elle ne permet pas une rémission optimale pour les enfants affectés par l'anxiété sociale (Sarver, Beidel, & Spitalnick, 2014). D'ailleurs, Crawley et ses collègues (2008) ont observé que les enfants affectés par ce trouble ne bénéficiaient pas autant du traitement cognitif et comportemental général que ceux affectés par un autre trouble anxieux.

L'entraînement aux habiletés sociales

L'entraînement aux habiletés sociales est une technique largement utilisée et étudiée chez cette population. Elle inclut l'exercice de ces habiletés, l'apprentissage vicariant, la répétition, la rétroaction et finalement l'exercice dans des situations réelles (Kearney, 2005). Les habiletés sociales travaillées sont : les salutations, les sourires, commencer, maintenir et quitter une conversation, le contact visuel, joindre un groupe, parler au téléphone, parler devant un groupe, l'affirmation de soi, etc. L'apprentissage des habiletés sociales n'étant pas encore complété durant l'enfance, cet ajout au traitement est intéressant puisqu'il pourrait faciliter l'intégration de celles-ci. Aussi, l'entraînement aux habiletés sociales pourrait donner un sentiment de compétence à l'enfant, ce qui pourrait avoir comme effet d'amener une diminution graduelle de l'anxiété.

Dans une recherche chez l'adulte, le traitement combinant l'exposition à l'entraînement aux habiletés sociales n'a pas été démontré comme supérieur à un traitement utilisant seulement l'exposition (Mersch, 1995). Ce résultat est cohérent avec la théorisation du chercheur Hofmann (2007) qui suggère que la plupart des adultes avec un trouble d'anxiété sociale ne souffrent pas de déficit concernant leurs habiletés sociales, mais plutôt d'une perception de soi comme étant incompetent socialement. Cette théorie a également été amenée par Cartwright-Hatton, Tschentz et Gomersall (2005) pour la population enfant. Cartwright-Hatton et ses collègues (2005) ont démontré que parmi 40 enfants, un observateur indépendant n'était pas en mesure d'identifier les enfants avec un plus haut niveau d'anxiété sociale. Néanmoins, une limite

de cette étude est qu'elle n'inclut pas un échantillon clinique, c'est-à-dire des enfants avec un trouble d'anxiété sociale diagnostiqué. Ainsi, l'interprétation des résultats de Cartwright-Hatton et ses collègues (2005) se doit d'être nuancée.

Une recherche a été effectuée auprès de 54 enfants avec un diagnostic de trouble d'anxiété sociale (Spence et al., 1999). Les résultats de Spence et ses collègues (1999) suggèrent un déficit relié aux habiletés sociales chez cette population. Ce déficit a été autant remarqué dans les questionnaires autorapportés des enfants et des parents que dans l'observation directe des comportements lors d'une tâche sociale structurée. L'hypothèse d'un déficit relié aux habiletés sociales chez cette population clinique est soutenue par deux autres études similaires avec des échantillons respectivement de 50 et 74 enfants (Beidel et al., 1999; Rao et al., 2007). Ainsi, il ressort de ces trois études que ce déficit associé au trouble d'anxiété sociale est davantage démontré empiriquement dans la population infantile que chez l'adulte. Dans ce contexte, Sarver et ses collègues (2014) apportent l'hypothèse que l'entraînement aux habiletés sociales est utile dans le traitement de ce trouble. D'ailleurs, plusieurs recherches sur l'efficacité du traitement pour cette population infantile montrent que la thérapie basée sur l'exposition combinée avec un entraînement aux habiletés sociales serait le traitement optimal (Albano et al., 1995; Beidel et al., 2000, 2007; Beidel, Turner, & Young, 2006; Herbert et al., 2005; Masia-Warner et al., 2005; Spence et al., 2000).

Pour l'application clinique de cette technique chez l'enfant, Sarver et al. (2014) dénotent deux défis. Premièrement, la consolidation des habiletés sociales dépend de la pratique entre les séances et augmente la nécessité d'exercices des habiletés apprises dans un contexte extérieur à la clinique (généralisation avec les pairs). Deuxièmement, le traitement de cette cible dépend de l'implication des parents dans le processus. En effet, tout comme pour l'exposition, les exercices faits à la maison et la pratique entre les rencontres de traitement nécessitent que les parents de l'enfant organisent et supervisent l'activité. Ainsi, l'implication des parents dans les exercices est une variable importante dans l'efficacité du traitement (Nock & Kazdin, 2005).

L'éducation psychologique

L'éducation psychologique consiste à présenter un contenu didactique sur l'anxiété et sur son traitement à l'enfant et aux parents (Gosch et al., 2006). Ce contenu couvre plusieurs sphères de la problématique : les composantes biologiques, comportementales et psychologiques de l'anxiété, la nature normale de l'anxiété, les facteurs de risques potentiels et le rationnel des techniques de traitement. L'éducation psychologique permet aux patients de mieux comprendre certaines expériences de l'enfant anxieux. Quelques recherches montrent que cette technique amène une augmentation du niveau de connaissance des individus et une atténuation de la dépression et l'anxiété (Shah, Klainin-Yobas, Torres, & Kannusamy, 2014). Dans une méta-analyse, l'éducation psychologique s'est avérée efficace pour diminuer le stress dans la population générale (Van Daele, Hermans, Van Audenhove, & Van den Bergh, 2012). Néanmoins, il n'est

pas question dans ces études de la guérison complète d'un trouble anxieux. Silverman et ses collègues (1999) ont d'ailleurs montré un gain thérapeutique associé à cette technique d'intervention. Cette recherche utilisait l'éducation psychologique comme groupe contrôle et les chercheurs ont été surpris de constater que la moitié des enfants après ce type de traitement ne répondait plus aux critères du diagnostic de phobie spécifique (Silverman et al., 1999). Avec ces résultats, ces chercheurs supposent que l'éducation psychologique peut démontrer une certaine efficacité pour le traitement d'une phobie spécifique. Cependant, l'effet de cette technique sur le trouble d'anxiété sociale n'est pas connu.

La relaxation

La relaxation est une intervention de gestion du stress qui se présente sous diverses formes comme le yoga, la méditation, la relaxation musculaire, la respiration abdominale et l'imagerie mentale. Demarco-Sinatra (2000) définit l'état de relaxation comme une manière de se retirer mentalement de son environnement pour diminuer les tensions et ainsi induire un sentiment de calme et d'apaisement. Cette technique combinée à l'exposition est nommée la relaxation appliquée. Ce contexte d'application de la relaxation a pour objectif de permettre à la personne de relaxer de 20 à 30 secondes et de contrecarrer les réactions physiologiques désagréables d'une situation phobique (Öst, 1987). Ainsi, cette application de la relaxation est un contre-conditionnement. L'apprentissage de la relaxation appliquée se fait en étapes et le patient a pour but final d'être en mesure d'appliquer l'état de relaxation à une situation stressante. Pour ce faire,

il doit apprendre à reconnaître les signes précurseurs de l'anxiété et à faire face à cette émotion à la place d'être envahi par elle. Selon Ost, la relaxation dite appliquée est utilisée avant et pendant l'exposition à une situation anxiogène. Durant l'exposition, cette technique permet de contrecarrer les réactions physiologiques de l'anxiété.

L'efficacité de la technique de relaxation pour le traitement des troubles anxieux est généralement étudiée en combinaison avec l'exposition ou d'autres techniques d'intervention cognitive et comportementale. Ainsi, lorsqu'il est question de la relaxation appliquée, l'effet de l'exposition doit être pris en compte dans l'interprétation des résultats de la recherche. Dans le traitement de l'anxiété sociale, plusieurs études ont démontré que la technique de la relaxation appliquée était similairement efficace à d'autres méthodes comportementales bien documentées (Olsson-Jerremalm, 1988). Par exemple, Öst, Jerremalm et Johansson (1981) ont comparé cette technique à celle de l'entraînement aux habiletés sociales. Il s'est avéré que l'efficacité de la technique dépendait du patron de réponse du patient. Le patron de réponse est la manière habituelle d'un individu à réagir à une situation phobique. Les deux patrons présents dans l'étude de Öst et ses collègues étaient comportementaux (réaction d'évitement) et physiologiques (réaction d'excitation physique). Suite à une intervention incluant la relaxation, les personnes avec un patron de réponse physiologique à la situation phobique ont obtenu une plus grande amélioration sur trois mesures (la fréquence des activités sociales, la fréquence des contacts sociaux et la performance à une situation sociale). Les mêmes auteurs ont reproduit une recherche avec un groupe contrôle (groupe sur une liste

d'attente) qui a confirmé que la technique de la relaxation améliore le score obtenu à diverses mesures sur l'anxiété sociale (Jerremalm, Jansson, & Öst, 1986).

Chez l'enfant, la relaxation a démontré un effet calmant à court terme sur des paramètres physiologiques, c'est-à-dire la pression artérielle, le rythme cardiaque et la température corporelle (Lohaus & Klein-Hebling, 2000). La comparaison entre trois approches (sensorielle, imaginative et combinaison) n'a pas permis d'identifier une technique de relaxation comme supérieure. Ainsi, il ressort de ces résultats que la relaxation est une intervention pertinente pour induire un état de calme chez cette clientèle. Cependant, lorsque l'enfant est affecté par un trouble anxieux, cette technique isolée ne s'avère pas une intervention permettant la réduction des symptômes anxieux (Parslow et al., 2008).

La restructuration cognitive

La restructuration cognitive s'effectue dans un contexte de collaboration entre le psychothérapeute et le patient. Elle consiste en une stratégie d'intervention structurée dirigée vers un objectif. Cet objectif est d'explorer, d'identifier et de remplacer les distorsions cognitives et les croyances erronées qui maintiennent un dysfonctionnement psychologique (Clark, 2014). Les distorsions cognitives dans le trouble anxieux en général sont principalement l'interprétation erronée d'un stimulus comme étant dangereux (Beck, 1985). Dans le trouble d'anxiété sociale, ces distorsions ont une spécificité autour de la thématique de la performance sociale. Elles peuvent être entre autres

être des pensées d'autoévaluation négatives comme « je suis ennuyant » (Stopa & Clark, 1993). Elles peuvent aussi prendre la forme d'une sous-estimation de leur performance sociale. Ces distorsions cognitives amènent le phobique social à prédire qu'il se comportera d'une manière qui mènera au rejet ou à la perte de statut. Chez l'enfant, une étude a permis de suggérer la présence d'une distorsion : la croyance erronée d'être inhabile socialement (Cartwright-Hatton et al., 2005).

Diverses stratégies peuvent être utilisées pour modifier ces distorsions cognitives comme l'observation et la confrontation de la pensée nuisible, l'expérience comportementale, la rétroaction par vidéo, le jeu de rôle, le questionnement de l'utilité ou de la véracité de cette pensée nuisible, etc. (Chaloult, Ngo, Goulet, & Cousineau, 2008).

La plupart des études qui ont comparé l'efficacité des techniques d'exposition à la thérapie cognitive sont effectuées dans la population adulte. La méta-analyse d'Ougrin (2011) compare les deux types de thérapie pour chaque trouble anxieux. La thérapie cognitive serait plus efficace que l'exposition *in vivo* dans le domaine de l'anxiété sociale. La différence entre les tailles d'effet (exposition versus cognitif) dans les trois études recensées (Clark et al., 2003, 2006; Hofmann, 2004) variait de 0,28 à 1,01 à l'avantage de la thérapie cognitive. Cependant, Ougrin souligne que ces données doivent être interprétées avec nuances. D'ailleurs, il rapporte que la technique d'exposition a été utilisée dans une formule individuelle, alors qu'elle serait possiblement plus efficace

dans un contexte de groupe. La formule de groupe est en soit une activité d'exposition pour les phobiques sociaux. Ainsi, cette formule inclut naturellement une exposition *in vivo* et augmente les opportunités d'habituation de l'individu. Néanmoins, les données présentées dans ce paragraphe suggèrent la possibilité que la nature de l'anxiété sociale rende les interventions cognitives plus actives pour l'adulte affecté par l'anxiété sociale.

À notre connaissance, il n'existe aucune recherche chez l'enfant qui s'intéresse seulement à l'efficacité de la restructuration cognitive. Toutefois, Melfsen et ses collègues (2011) ont illustré l'applicabilité de cette technique à cette clientèle. Leur recherche ne permet pas d'isoler l'effet de cette technique chez l'enfant, mais elle présente tout de même des données préliminaires quant à la possibilité d'inclure celle-ci dans un traitement pour cette population. L'étude de Melfsen et ses collègues est décrite plus amplement dans la section « TCC centrée sur la cognition ».

Les éléments à considérer lors de l'élaboration d'un programme de traitement pour l'enfant

La plupart des programmes cognitifs et comportementaux spécifiques au trouble d'anxiété sociale sont des programmes adultes adaptés pour la population infantile. Lors de l'adaptation, un aspect important à considérer est l'applicabilité des interventions cognitives pour une population plus jeune (Melfsen et al., 2011). Souvent, ce type d'intervention est considéré comme un défi étant donné la pensée concrète, la perception temporelle différente et la nature égocentrique du raisonnement des enfants (Melfsen et al., 2011). Malgré les différences cognitives entre ces deux périodes du développement

humain, Ronen (1997) énonce qu'il est tout de même possible d'emprunter les techniques cognitives pour la population infantile, mais que ces techniques ne représentent pas de la restructuration cognitive comme chez l'adulte. L'approche chez l'enfant serait plutôt éducative. Également, deux conditions doivent être respectées pour s'assurer d'un bénéfice thérapeutique. Premièrement, le thérapeute doit être en mesure d'adapter ses interventions au profil cognitif de l'enfant. Il importe de s'assurer de transformer les termes abstraits en concepts concrets, d'utiliser des mots simples, des démonstrations, des métaphores et des illustrations tirées de la vie quotidienne de l'enfant. Deuxièmement, les objectifs et les procédures doivent être ajustés au rythme de l'enfant, en considérant son âge et son niveau cognitif.

Le contexte de thérapie avec les enfants diffère de celui des adolescents et des adultes (Melfsen et al., 2011). Premièrement, les enfants ne se présentent pas en thérapie de leur propre volonté; ils sont plutôt amenés par les parents ou les tuteurs. En effet, ce sont généralement les parents ou les tuteurs qui sont inquiets ou qui remarquent les symptômes et qui décident de consulter. Deuxièmement, comparativement à la thérapie chez l'adulte qui inclut une restructuration cognitive, la TCC adaptée à l'enfant cible singulièrement l'entraînement aux habiletés sociales et l'application de techniques comme la relaxation ou l'exposition.

Les autres variables pouvant affecter l'effet des traitements

Une autre approche pertinente pour développer les connaissances scientifiques dans le traitement du trouble d'anxiété sociale chez l'enfant est d'étudier les variables prédictives de la réponse au traitement. Les chercheurs dans ce domaine amènent plusieurs variables qui s'avèrent influentes dans l'efficacité du traitement de ce trouble. Ces variables sont : l'accomplissement des exercices à faire à la maison, l'alliance thérapeutique et les attentes positives envers le traitement (Jørstad-Stein & Heimberg, 2009). De plus, dans un contexte de thérapie de groupe, la cohésion du groupe est une variable prédictive.

À l'inverse, des variables peuvent nuire à l'efficacité du traitement. Ces variables sont d'autant plus importantes pour la compréhension du trouble d'anxiété sociale puisque la population infantile semble moins bien répondre à un traitement cognitif et comportemental général comparativement au trouble d'anxiété de séparation et généralisée (Compton et al., 2014). La sévérité des symptômes, l'impact du trouble sur les parents-soignants, la comorbidité, la perception de solitude de l'enfant et les habiletés sociales sont des facteurs qui doivent être inclus dans l'évaluation prétraitement puisque ces variables peuvent affecter le bon fonctionnement de la psychothérapie.

Lorsque la sévérité des symptômes et l'impact du trouble sur les parents-soignants (mesuré par *Caregiver strain Questionnaire*, CSQ) sont élevés, ils prédisent une réponse moins grande au traitement cognitif et comportemental, au traitement pharmacologique

(sertraline) et au traitement combiné. (Compton et al., 2014). Ces résultats ont été obtenus dans la recherche de Compton et ses collègues (2014) où les enfants étaient assignés aléatoirement à une condition de traitement. La persistance du trouble d'anxiété sociale chez l'enfant à la suite à d'un traitement cognitif et comportemental pourrait également être expliquée par la comorbidité. En effet, plusieurs études dénotent que les faibles gains à la suite d'un traitement psychologique sont souvent associés à un tableau clinique comorbide (Olatunji, Cisler, & Tolin, 2010; Ollendick, Jarrett, Grills-Taquechel, Hovey, & Wolff, 2008). La comorbidité de l'anxiété sociale avec un autre trouble mental est importante (Beidel et al., 1999), ce qui pourrait rendre le traitement de ce trouble anxieux plus complexe. Dans l'échantillon de Beidel et ses collègues, le taux de comorbidité avec un autre trouble était de 60 % et le trouble associé le plus fréquent s'est avéré être un autre trouble anxieux (36 %) particulièrement le trouble d'anxiété généralisée, la phobie spécifique ou le trouble d'anxiété de séparation. Dans les comorbidités étudiées, les chercheurs se sont intéressés aux symptômes dépressifs comme variable prédictive des gains de traitement. Les résultats à ce sujet sont contradictoires. Crawley et ses collègues (2008) ont conclu que la présence de comorbidité comme un trouble de l'humeur était associée à une réponse plus faible au traitement pour des jeunes présentant un trouble d'anxiété sociale. D'autres chercheurs ont cependant exclu les symptômes dépressifs de la catégorie variable modératrice pour les résultats au traitement (Alfano et al., 2009; Kley, Heinrichs, Bender, & Tuschen-Caffier, 2012). Ces données contradictoires se retrouvent également dans la littérature scientifique sur le plan du traitement des troubles anxieux en général. En effet, certains

chercheurs démontrent que la présence de la dépression prédit un échec au traitement (Berman, Weems, Silverman, & Kurtines, 2000), alors que d'autres rapportent que cette comorbidité ne le prédit pas (Southam-Gerow, Kendall, & Weersing, 2001). Finalement, la diminution de la solitude rapportée par l'enfant (mesurée par le *Loneliness Scale*; Asher & Wheeler, 1985) et l'amélioration des habiletés sociales sont des variables prédictives de l'augmentation des scores d'anxiété sociale et du fonctionnement global en réponse au traitement (Alfano et al., 2009). Ainsi, pour orienter le traitement psychologique, les cliniciens peuvent utiliser les mesures du sentiment de solitude et des habiletés sociales. Ces deux variables demeurent des caractéristiques de l'enfant qui sont impliquées dans la diminution des symptômes d'anxiété sociale.

La participation des parents au traitement

La participation des parents dans le traitement des troubles mentaux est un sujet d'étude encore récent. De ce fait, la plupart des recherches existantes sur ce facteur prennent un angle plus large, c'est-à-dire qu'ils s'intéressent aux troubles anxieux en général. C'est le cas de l'étude de Barrett, Dadds et Rapee (1996) qui a démontré des bénéfices supplémentaires à inclure la famille dans le processus. Les bénéfices supplémentaires étaient observables par des scores moins élevés aux échelles internalisées et extériorisées du *Child Behavior Checklist* (CBCL), des scores plus bas au *Fear Survey Schedule for Children—Revised* (FSSC-R) et dans une tâche expérimentale où l'enfant rapportait un nombre inférieur d'interprétations de menace et de plans d'évitement. Ainsi, l'intérêt des chercheurs pour l'inclusion des parents dans le

traitement psychologique n'est pas surprenant puisque celle-ci amène plusieurs avantages cliniques. Premièrement, dans une vision systémique des symptômes anxieux, l'influence de la pathologie ou des compétences limitées chez les parents sur le trouble anxieux de l'enfant pourrait être diminuée. Deuxièmement, dans une vision psychoéducative, le parent pourrait devenir un allié du thérapeute pour soutenir et appliquer les interventions à la maison.

Par ailleurs, plusieurs études se sont intéressées à l'influence parentale dans l'étiologie du trouble d'anxiété sociale. Rapee et Spence (2004) ont développé un modèle expliquant le développement de ce trouble. Ce modèle intègre les facteurs de risque discutés dans la section précédente « Le développement de l'anxiété sociale ». Parmi ces facteurs de risque, l'influence parentale ou plus précisément les interactions parents/enfant sont considérées comme étant impliquées dans l'étiologie du trouble. Les auteurs soutiennent l'hypothèse selon laquelle un style parental froid, distant, surprotecteur et contrôlant peut jouer un rôle dans le développement de l'anxiété sociale. Cette hypothèse amène le questionnement à savoir s'il serait pertinent d'inclure la participation des parents au traitement. D'autres chercheurs poussent plus loin et parlent de la psychopathologie du parent qui pourrait être une variable modératrice importante des gains thérapeutiques dans le traitement cognitif et comportemental du trouble anxieux chez l'enfant. Les données dans la littérature scientifique à cet égard sont contradictoires, c'est-à-dire que certains chercheurs ont démontré que la psychopathologie chez le parent a un impact bénéfique sur l'effet du traitement alors que

d'autres ont suggéré l'absence d'impact, voire un impact négatif (Kley et al., 2012). Les différences de résultats d'une étude à l'autre pourraient s'expliquer par le fait que les chercheurs n'ont pas ciblé un trouble anxieux spécifique. Ainsi, la pathologie du parent pourrait influencer différemment les résultats du traitement selon le trouble anxieux ciblé.

Hirshfeld-Becker et ses collègues (2010) se sont intéressés à la participation des parents dans le traitement du trouble anxieux de leur enfant. Étant donné le niveau d'autonomie et les capacités cognitives de cette population, l'implication du parent dans le traitement était essentielle selon eux. À notre connaissance, il s'agit de la seule étude dans le domaine s'intéressant à une population très jeune (enfant de 4 à 7 ans, $n = 64$), qui mesure les changements dans les symptômes de l'anxiété sociale. Ces changements sont mesurés avec l'échelle d'anxiété globale du CGI-I. Ces chercheurs ont utilisé comme traitement le manuel d'intervention *Being brave: A Program for Coping with Anxiety for Young Children and Their Parents* qui est basé sur le programme *Coping Cat* (Hirshfeld-Becker & Biederman, 2002). Tout comme le programme original, cette version inclut la construction de compétences (entraînement à la relaxation et restructuration cognitive) et l'exposition *in vivo*. Cependant, *Being brave* est adapté pour une population plus jeune (4 à 7 ans) (Hirshfeld-Becker et al., 2008). L'implication des parents devient davantage importante. En effet, elle consiste à sept rencontres avec seulement les parents et treize rencontres avec les parents et l'enfant. Dans ce programme, les parents sont impliqués dans le traitement à titre de co-clients et doivent

adopter des pratiques parentales efficaces pour leur enfant anxieux. Les parents sont également utilisés pour planifier, superviser et encourager les expositions graduelles aux situations anxiogènes. Les résultats dénotent un potentiel pour ce traitement cognitif et comportemental avec la participation des parents puisque 59 % des enfants ont répondu au traitement, comparativement à 18 % pour le groupe contrôle (liste d'attente). Pour le trouble d'anxiété sociale, les auteurs n'ont pas présenté de données précises. Ils ont tout de même démontré que la sévérité du trouble d'anxiété sociale, basée sur un jugement clinique, a diminué à la suite du traitement. Cette diminution mesurée par le *CGI improvement* est associée à une grande taille d'effet (0,95). Ainsi, ce manuel de traitement montre des résultats prometteurs pour s'attaquer aux particularités du trouble d'anxiété sociale. Néanmoins, il faut interpréter ces données dans leur contexte; elles proviennent de la comparaison de l'amélioration de la cote au CGI (Clinical Global Impression- anxiété sociale) entre le groupe traitement et le groupe contrôle. Dans une population plus âgée (7 à 14 ans), des données de recherche sont encore plus explicites puisque la méthodologie permettait de comparer le modèle de traitement individuel à celui impliquant les parents. Spence et ses collaborateurs (2000) ont obtenu un taux de 81 % d'enfants qui ne répondaient plus aux critères du trouble d'anxiété sociale dans la condition avec l'implication des parents comparativement à 53 % dans la condition du traitement centré sur l'enfant. Avec ces résultats, les bénéfices thérapeutiques de l'implication des parents dans le traitement de l'anxiété sociale sont apparents.

Quelques questionnements concernant la pertinence et l'utilité de la participation des parents dans le traitement des troubles anxieux demeurent tout de même présents. En effet, l'implication des parents dans la psychothérapie est encore source de débats (Barrett, 1998; Bodden et al., 2008; Cobham, Dadds, & Spence, 1998). Une recherche qui suscite le doute dans la littérature scientifique est celle de Bodden et ses collègues (2008) qui a comparé un traitement orienté vers l'enfant à un orienté vers la famille. Dans le traitement orienté vers l'enfant, la participation des parents était réduite au minimum pour maximiser la différence entre les deux groupes. Les résultats dénotent une plus grande efficacité pour le traitement orienté vers l'enfant avec 53 % des participants libres de diagnostics à la mesure post-traitement. Pour le traitement orienté vers la famille, ce chiffre s'élevait seulement à 28 %. Ces données suggèrent que les ingrédients actifs de la TCC pour réduire l'anxiété sociale sont principalement les techniques utilisées directement avec l'enfant. Néanmoins, il ne faut pas sous-estimer le traitement orienté vers la famille puisque trois mois après le suivi, il n'y avait plus de différence significative entre les deux types de traitements sur le plan du taux de rémission. Il semble qu'en ciblant les habiletés parentales, leurs effets sur les symptômes anxieux de l'enfant s'avèrent plus lents à apparaître. En résumé, ces diverses études dans le domaine de l'implication des parents dans le traitement des troubles anxieux convergent tout de même dans un même sens, cette implication ne nuit pas au traitement. Au contraire, cet ajout au traitement semble être une valeur ajoutée à l'application de la TCC. D'ailleurs, dans l'anxiété sociale, il a été démontré que les parents pouvaient avoir des comportements considérés comme des facteurs de maintien

du trouble chez l'enfant (Ollendick & Hirshfeld-Becker, 2002). Certains parents pouvaient diminuer les occasions de socialisation de l'enfant. De ce fait, dans ce trouble anxieux spécifique, il est tout indiqué de miser sur la participation des parents dans la démarche thérapeutique lorsque celle-ci est possible afin de réduire leurs comportements nuisibles.

Méthode

Pour permettre de discerner lesquels des programmes de psychothérapie cognitive et comportementale sont les plus prometteurs dans le traitement de l'anxiété sociale chez l'enfant, une recension des articles sur le sujet a été produite dans le présent essai.

Voici les critères de sélection qui ont été utilisés pour choisir les recherches pertinentes :

1. un échantillon d'enfants avec un trouble d'anxiété sociale diagnostiqué et des données sur l'effet du traitement pour cet échantillon;
2. au moins un groupe se doit d'être exposé à un traitement cognitif et comportemental;
3. les sujets de l'étude doivent être âgés entre 4 et 17 ans;
4. la taille d'effet du traitement psychologique ou les informations pour la calculer sont présentes dans l'article;
5. la méthodologie se doit d'être quasi-expérimentale ou expérimentale;
6. l'échantillon doit être randomisé.

Voici les critères d'exclusion qui ont été utilisés pour exclure certaines recherches qui ne cadraient pas dans l'objectif de la présente recension :

1. les sujets de l'étude sont seulement des adolescents, c'est-à-dire 13 ans et plus;
2. les sources sont sous forme de livre;

3. les méta-analyses et les recensions des écrits;
4. les études utilisant la même base de données;
5. les articles sur les effets du traitement après un certain laps de temps, si la recherche originale est déjà choisie dans la présente recension.

La recension des écrits a été produite en décembre 2017 à partir des bases de données électroniques suivantes : *PsycINFO*, *ERIC*, *MEDLINE* et *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. La recherche s'est effectuée sur le site *EBSCO* et la sélection des articles potentiellement intéressants a été obtenue en utilisant la combinaison de ces mots-clés : *social anxiety disorder* ou *social phobia*, *cognitive-behavioral treatment* ou *cognitive behavior treatment* ou *CBT* ou *behavioral treatment* OR *cognitive treatment*, *child* ou *children* ou *young*.

Après avoir effectué la recherche sur *EBSCO*, une lecture des titres et des résumés d'articles a été effectuée en utilisant les facteurs d'inclusion et d'exclusion pour discriminer les articles intéressants.

Les articles sélectionnés à la fin de cette procédure ont été catégorisés selon le programme de traitement utilisé. De plus, avec les données présentées dans ces articles, les tailles d'effet (d de Cohen) ont été calculées pour comparer les recherches entre elles. Certaines études présentaient déjà une taille d'effet tandis que d'autres ne démontraient pas cette analyse statistique. Ainsi, pour celles dont la taille d'effet n'était pas présentée,

un calcul à partir des données statistiques a été effectué. Ce calcul, selon les situations, utilisait le résultat de l'anova, de l'êta carré, du test t ou du test Khi2. Ce calcul a été produit à l'aide du site Web https://www.psychometrica.de/effect_size.html.

Résultats

La recherche sur EBSCO, en excluant les duplicatas, a donné un résultat de cent vingt-trois articles. Parmi cette sélection d'articles, une analyse approfondie des résumés des études a permis de faire ressortir quarante-quatre d'entre elles. Les quarante-quatre articles ont été lus sommairement pour cibler ceux qui répondaient à tous les critères d'inclusion et qui n'avaient aucun motif d'exclusion. De cette lecture, dix articles ont été retenus. De plus, la lecture de l'étude de Donovan, Cobham, Waters et Occhipinti (2015) a permis d'ajouter deux articles pertinents. Ainsi, de la présente recension de littérature scientifique, douze articles sont sélectionnés pour une analyse approfondie de leurs résultats. Les différentes démarches explicitées ci-dessus sont illustrées dans la Figure 3.

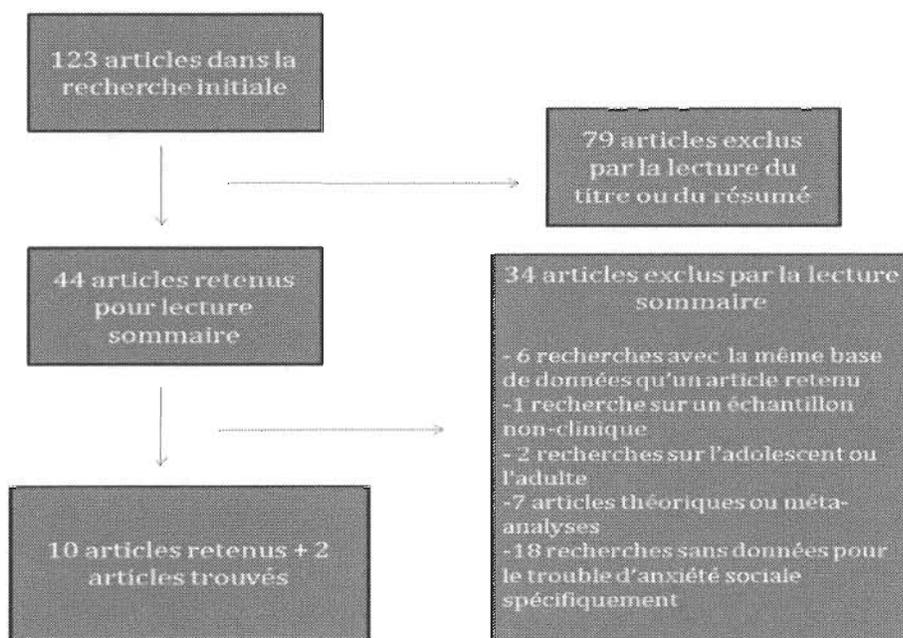


Figure 3. La procédure de sélection des articles scientifiques.

Les objectifs de ces douze recherches correspondaient à celui du présent essai, c'est-à-dire d'étudier l'efficacité d'un type de programme de traitement cognitif et comportemental sur le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant. Ces douze études sont présentées dans le Tableau 2 selon le programme de traitement étudié.

La majorité de ces recherches présente un échantillon d'individus âgés entre 7 à 14 ans avec une moyenne tournant autour de 10 ans. Toutefois, deux études ont choisi un plus large éventail d'âge, c'est-à-dire de 7 à 17 ans (Beidel et al., 2007; Compton et al., 2014). La moyenne d'âge dans ces études se situe entre 11 et 12 ans avec un écart type de 2,6. De plus, concernant l'âge des participants, Hirshfeld-Becker et ses collègues (2010) se démarquent en sélectionnant des enfants de très jeune âge pour tester leur traitement. Les enfants de cette recherche étaient âgés entre 4 et 7 ans, avec une moyenne d'âge de 5,4 ans et un écart type de 0,99.

Tableau 2

Les programmes de traitement pour le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant

Les programmes de traitement	Études retenues dans le présent essai	Formule	Nombre de séances
<i>Coping Cat</i> ou version modifiée du programme	<ul style="list-style-type: none"> • Compton et al. (2014) • Hirshfeld-Becker et al. (2010) • Wergeland et al. (2014) 	En groupe ou individuel	10 à 22
Un programme allemand de traitement en groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Kley, Heinrichs, Bender, & Tuschen-Caffier (2012) 	En groupe	12
Le <i>Social skills training</i> (SST)	<ul style="list-style-type: none"> • Spence, Donovan, & Brechman-Toussaint (2000) 	En groupe	12
TCC centrée sur la cognition	<ul style="list-style-type: none"> • Melfsen et al. (2011) 	En individuel	24
Une intervention cognitivo-comportementale brève en groupe	<ul style="list-style-type: none"> • Gallagher, Rabian, & McCloskey (2004) 	En groupe	3
Le programme <i>SHY</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Donovan, Cobham, Waters, & Occhipinti (2015) 	En groupe	4
Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C)	<ul style="list-style-type: none"> • Beidel, Turner, & Morris (2000) • Beidel et al. (2007) • Ferrell, Beidel, & Turner (2004) • Öst, Cederlund, & Reuterskiöld, (2015) 	Mixte	24

Le traitement transdiagnostique (*Coping Cat*)

Quelques recherches ont testé le traitement transdiagnostique, le *Coping Cat*, pour le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant. Celles-ci sont présentées dans le Tableau 3. Ces recherches ont la même limite, c'est-à-dire qu'elles incluent tous les troubles anxieux dans la sélection de leur échantillon et ainsi, elles ne ciblent pas précisément le trouble d'anxiété sociale. Dans ces recherches, quelques données sont exposées quant à la réponse au traitement *Coping Cat* des enfants affectés par ce trouble.

Parmi celles-ci, la plus imposante en termes de taille de l'échantillon a été produite par Compton et ses collègues (2014). Les données de cette étude proviennent du *Child/Adolescent Anxiety Multimodal Study* (CAMS), soit la plus importante base de données dans le domaine de l'anxiété avec une méthodologie randomisée et contrôlée. CAMS représente un échantillon de 488 participants âgés de 7 à 17 ans recrutés à partir de six sites de recherches aux États-Unis. Parmi ces 488 participants, 200 avaient reçu un diagnostic principal de trouble d'anxiété sociale. Selon les résultats de cette recherche, la taille d'effet du traitement cognitif et comportemental de l'anxiété sociale basé sur un manuel (*Coping Cat*), lorsque comparé à un traitement placebo, est petit (0,15). Cette taille d'effet est moins généreuse que celle obtenue par Hirshfeld et ses collègues (2010) de 0,95. Cette différence de résultats est possiblement associée à des divergences méthodologiques; dans l'utilisation d'instruments pour mesurer l'effet du traitement, dans le choix du groupe contrôle et de l'approche (intervention familiale ou centrée sur l'individu).

Tableau 3

*Les tailles d'effet (d) des programmes de traitement
pour le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant*

Type d'intervention	Auteurs	N	Les différents groupes	Randomisation	Nombre de rencontres d'intervention	Mesure utilisées	Taille d'effet (d)	Suivi après traitement
Coping Cat ou version modifiée du programme	Compton et al. (2014)	488 (200 TAS)	TCC, Ph, COMB et PP	Oui	16	PARS	0,15	
	Hirshfeld-Becker et al. (2010)	39 (26 TAS)	TCC et LA	Oui	22	Mean CGI improvement	0,95	Gains maintenus après 1 an
	Wergeland et al. (2014)	182 (68 TAS)	TCC/I, TCC/G et LA	Oui	10	ADIS-C/P	0,38	
Un programme allemand de traitement cognitivo-comportementale en groupe	Kley et al. (2012)	65	TCC	Non	12	SPAI-C	0,36	
						CBCL-P anxiété	0,65	
Le <i>Social Skill Training</i> (SST)	Spence et al. (2000)	50	SST/I, SST/G et LA	Oui	12	ADIS-C/P RCMAS	1,10 0,80	Gains maintenus et améliorations après 1 an
TCC centrée sur la cognition	Melfsen et al. (2011)	44	TCC et LA	Oui	24	ADIS-C SPAI-C	0,89 0,94	
Le programme SHY	Donovan et al. (2015)	40	TCC et LA	Non	4	ADIS-C/P SPAI-C	0,83 1,04	Gains maintenus après 6 mois

Tableau 3

Les tailles d'effet (d) des programmes de traitement pour le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant (suite)

Type d'intervention	Auteurs	N	Les différents groupes	Randomisation	Nombre de rencontres d'intervention	Mesure utilisées	Taille d'effet (d)	Suivi après traitement
Une intervention cognitivo-comportementale brève en groupe	Gallagher et al. (2004)	23	TCC et LA	Oui	3	ADIS-C	1,03	
						SPAI-C	1,13	
						RCMAS	1,15	
Le Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C)	Beidel et al. (2000)	67	SET-C et TB	Oui	24	SPAI-C	1,10	
						ADIS-C	1,15	
	Beidel et al. (2007)	122	SET-C, Ph, et PP	Oui	24	ADIS-C/P	0,94	Gains maintenus après 1 an
						CGI improvement	1,49	
Ferrell et al. (2004)	33	SET-C	Non	24	Anxiété sociale	4,42	Gains maintenus après 1 an	
					Psychopatho	2,67		
Öst et al.(2015)	55	SET-C/I, SET-C/P et LA	Oui	24	ADIS-C/P	1,21	Gains maintenus et améliorations après 1 an	

PARS = Mesure maison : jugement clinique sur la sévérité de l'anxiété, la fréquence, la détresse, l'évitement et l'interférence, Anxiété Sociale = SPAI-C, K-GAS, ADIS-C/P, EPQ-J, Psychopatho = Loneliness Scale, EPQ-J Neuroticism Scale, CBCL, STAI-C. Extraversion Scale E = Traitement ciblant seulement l'enfant, P = Traitement incluant les parents, LA = Liste d'attente, PP = Pilule placebo, TB = Traitement placebo, I = Individuel, G = Groupe, Ph = Traitement pharmacologique, COMB = Traitement combinant le traitement psychologique au traitement pharmacologique

Il ressort de ces résultats que le programme de traitement *Coping Cat* démontre une certaine efficacité sans toutefois se démarquer des autres options cliniques. D'ailleurs, il a été démontré que l'option clinique la plus avantageuse sur le plan de la diminution de la sévérité des symptômes anxieux et du dysfonctionnement est la combinaison de ce programme de psychothérapie au médicament sertraline (taille d'effet; 0,59) ou le traitement médicamenteux seulement (taille d'effet : 0,43) (Compton et al., 2014). Cependant, ces résultats doivent être interprétés avec prudence, puisque l'échantillon de 200 enfants affectés par l'anxiété sociale est réparti dans quatre groupes de traitement. Une autre faiblesse de cette étude est l'absence de mesure de suivi post-traitement. Les données informent seulement sur les améliorations immédiatement après le traitement. Cependant, aucune mesure ne permet de démontrer l'effet à long terme des différents traitements. Cette faiblesse est d'autant plus grande, sachant que certaines études montrent que les symptômes anxieux diminuent à travers le temps, en réponse à un traitement cognitif et comportemental (Bodden et al., 2008; Spence et al., 2000).

Les données sur le *Coping Cat* dans le traitement de l'anxiété sociale chez l'enfant permettent de justifier le choix clinique de ce programme. Néanmoins, le clinicien doit être conscient des limites de celui-ci. Ces limites sont présentées dans l'étude randomisée de Compton et ses collègues (2014) qui montre que le traitement transdiagnostique n'a pas la même efficacité dans l'anxiété sociale chez l'enfant que dans les autres troubles anxieux. En effet, lorsque le traitement transdiagnostique *Coping Cat* est comparé à la médication *sertraline*, les tailles d'effet étaient légèrement avantageuses pour le

traitement psychologique que ce soit pour le trouble d'anxiété de séparation (taille d'effet petit; 0,07) ou pour le trouble d'anxiété généralisée (taille d'effet modéré; 0,21). Cependant, dans le trouble d'anxiété sociale, les résultats avantageaient le traitement par médication *sertraline* avec une taille d'effet modérée de 0,28. Ainsi, il incombe de questionner dans quel contexte le programme *Coping Cat* peut être utilisé. Le choix de ce programme est pertinent et légitime dans les cas légers à modérés et dans un contexte de service de première ligne. Néanmoins, lorsque les cas sont plus complexes et chroniques, d'autres programmes de traitement manualisés ont été élaborés spécifiquement pour le trouble d'anxiété sociale et s'avèrent de plus en plus reconnus dans la littérature scientifique.

Les programmes de traitements existants

La présente section abordera les cinq programmes de traitement spécifique au trouble d'anxiété sociale chez l'enfant (voir Tableau 2). Jusqu'à présent, en se basant sur notre recension des écrits scientifiques, il n'existe que ces cinq dans ce domaine précis.

TCC centrée sur la cognition

Melfsen et ses collègues (2011) ont produit des données préliminaires prometteuses sur l'efficacité d'un traitement TCC centré sur la cognition. Leur traitement est basé sur le modèle de Clark et Wells (1995) décrit précédemment dans la section « Le développement de l'anxiété sociale ». Ce traitement utilise la formule individuelle pour traiter le trouble d'anxiété sociale. Il se centre sur les pensées, images, stratégies

attentionnelles, les comportements sécurisants et les symptômes. Également, un entraînement avec l'enfant est fait sur le déplacement de l'attention vers l'extérieur, c'est-à-dire sur la situation sociale. Finalement, ce traitement implique des techniques de restructuration des distorsions cognitives concernant l'image de soi et des jeux de rôles pour pratiquer les apprentissages. Melfsen et ses collègues ont produit une recherche randomisée et contrôlée (liste d'attente) auprès de quarante-quatre enfants atteints du trouble d'anxiété sociale pour mesurer l'efficacité de leur traitement. La taille d'effet de leur traitement, en se basant sur l'évaluation du clinicien (ADIS-C), est grande (0,89). Cependant, il s'agit de données préliminaires étant donné le petit échantillon. Néanmoins, ces résultats justifient l'intérêt de la recherche pour les interventions cognitives chez l'enfant.

Un programme allemand de traitement en groupe

La plupart des programmes TCC développés dans le domaine propose d'offrir le traitement en formule de groupe. Ainsi, tous les prochains programmes qui seront présentés dans la section « Les programmes de traitements existants » utilisent cette modalité. C'est le cas du manuel de traitement allemand de Tuschen-Caffier, Köhl et Bender (2009). Kley et ses collègues (2012) ont obtenu une taille d'effet moyenne pour ce programme. Plus précisément, la taille d'effet selon la mesure autorapportée par l'enfant (SPAI-C) était de 0,36, alors que celle basée sur la mesure de la perception du parent (CBCL, sous-échelle anxiété) était de 0,65. Dans ce programme, l'intervention est de durée moyenne, c'est-à-dire de douze séances.

Le Social Skills Training (SST)

Spence et al. (2000) ont aussi développé un programme de traitement cognitif et comportemental pour les enfants présentant un trouble de l'anxiété sociale; le SST: *Enhancing social competence in children and adolescents* (Spence, 1995). Le programme inclut des techniques d'entraînement aux habiletés sociales, de relaxation, de résolution de problèmes sociaux, d'auto-instruction positive et d'exposition. La résolution de problèmes sociaux est une technique qui permet de faire face à des situations difficiles comme les conflits, l'intimidation, l'amorce d'une nouvelle amitié, l'affirmation de soi, etc. Dans le programme de Spence et ses collègues (2000), cette méthode de résolution de problème est une version simplifiée de celle chez l'adulte et elle se fait en trois étapes; détecter, examiner (étape qui inclut la relaxation et la restructuration cognitive) et résoudre. Dans l'étape « examiner », l'enfant est encouragé à utiliser la relaxation pour permettre que le remue-méninge de solutions soit efficace. Aussi, à cette étape, la restructuration cognitive est amenée pour identifier les pensées nuisibles et les changer en pensée aidante. Ainsi, la relaxation et la restructuration cognitive sont utilisées pour aider au processus de résolution de problème. L'auto-instruction positive est quant à elle une technique utilisée pour les enfants d'un plus jeune âge pour qui il est plus difficile de comprendre la restructuration cognitive. Cette technique consiste à encourager un discours interne positif, par exemple « je peux le faire », « je peux utiliser mes habiletés sociales ». Pour tester leur programme, Spence et ses collègues (2000) ont produit une étude randomisée et contrôlée auprès de cinquante enfants âgés de 7 à 14 ans. Leurs résultats sont prometteurs pour ce programme puisque

de 58 à 87,5 % des enfants ne présentaient plus le diagnostic d'anxiété sociale après la fin du traitement selon l'entrevue ADIS-C-P. Une autre mesure a été effectuée un an après le traitement et les gains thérapeutiques étaient maintenus. Également, dans cette même étude, une analyse de variance a permis de démontrer une différence significative dans les mesures autorapportées de phobie sociale et d'anxiété générale entre le groupe traitement et le groupe contrôle. Ces différences significatives étaient visibles dans le RCMAS et la sous-échelle d'anxiété sociale du SCAS. Ainsi, le traitement semble avoir un effet statistiquement significatif sur les symptômes d'anxiété sociale.

Une intervention cognitivo-comportementale brève en groupe

Gallagher et al. (2004) ont développé un programme de traitement psychologique en groupe bref, de trois semaines (trois rencontres de trois heures chacune), pour les enfants souffrants d'anxiété sociale. Ce programme inclut de l'éducation psychologique, des exercices cognitifs et de l'exposition comportementale et des périodes de collation et de diner non structurées (durant la mi-séance pour pratiquer les habiletés sociales). L'application de ce programme a été testée dans une étude randomisée contrôlée avec une liste d'attente chez douze enfants âgés de 8 à 12 ans (Gallagher et al., 2004). La majorité des mesures autorapportées ont montré une diminution de l'anxiété sociale et des symptômes associés (SPAI-C, RCMAS et CDI). Également, dans cette recherche, les gains les plus significatifs ont été observés lors du suivi de trois semaines après le traitement. Les gains étaient moins manifestes immédiatement après le traitement. Les auteurs supposent que les enfants pourraient avoir pratiqué, durant les trois semaines

suivant le traitement, leurs habiletés sociales acquises, ce qui expliquerait cette amélioration tardive. Finalement, au suivi de trois semaines, la moitié des enfants ayant reçu le traitement ne rencontrait plus les critères diagnostiques de l'anxiété sociale comparativement au groupe contrôle où aucun participant n'avait été guéri du trouble. Cette étude est prometteuse pour le traitement rapide dans des contextes de ressources limitées et pour les populations atteintes légèrement par l'anxiété sociale.

Le programme SHY

Cobham, Donovan et Waters (2009) ont développé le programme d'intervention SHY qui consiste en une série de 4 rencontres de 3 heures chacune. Les rencontres se font en contexte de groupe et se déroulent durant trois fins de semaine consécutives. Les parents et les enfants assistent à certaines séances ensemble alors que durant certaines séances, ils sont séparés. Le programme inclut de l'éducation psychologique, de l'exposition, des devoirs à la maison, de la relaxation, de la guidance parentale, des techniques de résolution de problème, de la restructuration cognitive et de l'entraînement aux habiletés sociales. L'effet de ce traitement a été étudié par Donovan et ses collègues (2015) et les résultats sont présentés dans le Tableau 3.

Le Social Effectiveness Therapy for Children (SET-C)

Le modèle de traitement le plus validé dans la littérature scientifique pour les enfants affectés par l'anxiété sociale est le *Social Effectiveness Therapy for Children* (SET-C) (Beidel et al., 2000, 2006, 2007; Silverman, Pina, & Viswesvaran, 2008). Il est

considéré comme « un traitement probablement efficace ». La classification « traitement probablement efficace » est basée sur les critères de Chambless et Hollon (1998). Ces critères sont similaires à ceux recommandés par la division douze du Task Force (American Psychological Association, 2002). Ainsi, pour être un traitement probablement efficace :

- Il doit avoir au minimum au moins deux expérimentations qui montrent que le traitement est supérieur (statistique significative) à une liste d'attente comme groupe contrôle.

OU

- Une expérimentation de qualité ou plus, qui rencontrent les critères « d'un traitement bien établi » avec l'exception du critère d'avoir été conduit au minimum par deux équipes de recherches indépendantes. [traduction libre] (Silverman et al., 2008).

Le SET-C est un traitement multimodal, c'est-à-dire qu'il cible plusieurs modes et objectifs de traitement. Ainsi, le traitement combine l'éducation psychologique, la technique d'exposition, l'entraînement aux habiletés sociales, les stratégies de généralisation avec des pairs non anxieux et des exercices à pratiquer durant la semaine. Le SET-C a été démontré comme étant plus efficace qu'un placebo psychologique, qu'un médicament placebo ou que la fluoxétine sur différentes mesures (SPAI-C, CBCL et ADIS) chez des enfants de 7 à 18 ans (Baer & Garland, 2005; Beidel et al., 2000, 2007). De plus, il a été démontré que les effets thérapeutiques sur les mesures de

psychopathologie, de fonctionnement général et d'anxiété sociale étaient maintenus cinq ans après le traitement (Beidel et al., 2006).

Le SET-C a été élaboré en se basant sur la compréhension clinique des particularités du trouble d'anxiété sociale. Cette adaptation aux caractéristiques uniques de ce trouble est construite dans l'objectif d'optimiser les techniques cognitives et comportementales. De ce fait, l'hypothèse est amenée que le SET-C est un traitement supérieur aux traitements transdiagnostiques en termes de diminution de la sévérité des symptômes et de taux de rémissions du trouble. Cette hypothèse à notre connaissance n'a jamais été explicitement vérifiée avec l'expérimentation. Néanmoins, les études sur le traitement transdiagnostique et celles sur le SET-C peuvent être comparées pour explorer la thématique. À cet égard, la taille d'effet est une donnée statistique intéressante pour comparer les résultats de recherches différentes. Dans deux des trois recherches pour le SET-C (Beidel et al., 2000; Ferrell et al., 2004), cette donnée est présentée comme large pour les variables dépendantes comme le SPAIC (Beidel, Turner, & Morris, 1995), le *Children's Global Assessment Scale* (K-GAS; Shaffer et al., 1983), l'ADIS-C/P (Silverman & Albano, 1996), le CBCL (Achenbach & Rescorla, 2001) et le *Loneliness Scale* (Asher & Wheeler, 1985). Ces études sont présentées dans le Tableau 3.

Un autre procédé pour comparer les résultats des études est en utilisant le pourcentage d'enfants répondant au traitement. À l'analyse de ces pourcentages, l'efficacité du SET-C est difficilement contestable. En effet, de 53 à 69 % ne répondait

plus au diagnostic du trouble d'anxiété sociale à la suite du traitement SET-C (Beidel et al., 2000, 2007; Ferrell et al., 2004). Ces taux sont supérieurs à d'autres tentatives de développement de programmes de traitements cognitifs et comportementaux pour le trouble d'anxiété sociale; 22,3 % (Hudson et al., 2015) et 30 % (Melfsen et al., 2011). De plus, ils sont comparables aux traitements utilisant l'intervention de groupe et impliquant les parents; 56 % (Shortt et al., 2001), 46 % (Hirshfeld-Becker et al., 2010) et 87,5 % (Spence et al., 2000). Ces diverses recherches sont présentées dans le Tableau 3. Également, les effets du SET-C sur l'enfant sont maintenus après trois ans et cinq ans (Beidel et al., 2006; Beidel, Turner, Young, & Paulson, 2005).

Synthèse des résultats

Selon le Tableau 3, en comparant les tailles d'effet des différentes études, trois programmes de traitement se démarquent légèrement des autres; il s'agit du SST ($d = 1,10$), de l'intervention cognitivo-comportementale brève en groupe de Gallagher et ses collègues (2004) ($d = 1,03$) et du SET-C ($d = 0,94$ à $1,21$). La taille d'effet de l'étude de Ferrell et ses collègues (2004) n'est pas incluse dans l'analyse puisqu'elle n'utilise pas un groupe contrôle, ce qui biaise positivement les données. De ces trois programmes, le SET-C est considéré comme le plus intéressant puisque deux tailles d'effet ont été obtenues par la comparaison avec des groupes contrôles impliquant l'effet placebo ou une intervention directe; $d = 1,15$ (groupe contrôle; intervention psychologique non-spécifique) et $d = 0,94$ (groupe contrôle; médicament placebo). La seule autre étude utilisant aussi un groupe contrôle plus rigoureux est celle de Compton et ses

collègues (2014) et elle a obtenu une petite taille d'effet ($d = 0,15$) pour le traitement *Coping Cat*. Les tailles d'effet des recherches de Spence et ses collègues (2000) ($d = 1,61$) et de Gallagher et ses collègues ($d = 1,03$) démontrent que leur traitement est efficace. Toutefois, puisque les enfants de leur groupe contrôle sont sur une liste d'attente et qu'ils ne reçoivent aucun traitement, il est difficile de savoir si les impacts positifs observés sont attribuables à la qualité des interventions reçues ou seulement à leur présence.

Les données empiriques, quoique peu nombreuses, dans le domaine du traitement de l'anxiété sociale chez l'enfant, montrent des avantages des programmes et des modalités de traitement. Le programme SET-C est, dans le domaine, le protocole de traitement qui offre pour l'instant les meilleurs résultats concernant la diminution de la symptomatologie de l'anxiété sociale et l'amélioration des habiletés sociales. Aussi, les modalités de traitement en groupe et avec la participation des parents, en contexte de trouble d'anxiété sociale, sont des choix cliniques augmentant le taux de réponse à la psychothérapie. Lorsque les dispositions cliniques le permettent, ces deux modalités devraient être mises en place.

Discussion

Plusieurs chercheurs se sont penchés sur le traitement de l'anxiété sociale chez l'enfant, mais le consensus dans ce domaine est loin d'être atteint. Le manque d'études concluantes est possiblement expliqué par trois importants obstacles pratiques (Segool & Carlson, 2008). Premièrement, l'enchevêtrement des diagnostics similaires au trouble d'anxiété sociale, notamment le trouble de personnalité évitante à l'enfance et le trouble d'anxiété généralisée, rend difficile la comparaison des échantillons à travers le temps (Beidel, Ferrell, Alfano, & Yeganeh, 2001). Deuxièmement, les études qui se sont penchées sur le traitement ont inclus des enfants présentant plusieurs troubles anxieux, limitant ainsi la capacité à isoler l'impact spécifique du traitement sur l'enfant avec un trouble primaire d'anxiété sociale (Flannery-Schroeder & Kendall, 2000; Kendall, 1994). Finalement, les recherches sur les traitements chez l'enfant sont souvent limitées par de petits échantillons, la présence de traitements non structurés ou l'absence d'un groupe contrôle adéquat.

Malgré ces obstacles importants et les données divergentes dans le domaine, certains postulats peuvent tout de même être énoncés pour donner des lignes directrices aux cliniciens et cliniciennes. D'ailleurs, l'objectif du présent travail consistait à construire les bases théoriques et empiriques d'un programme de traitement francophone pour le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant.

Le premier postulat qui est proposé est la pertinence clinique et empirique d'une approche utilisant des interventions ciblées pour chaque trouble anxieux. Ce postulat est soutenu par les appuis scientifiques présentés dans le contexte théorique. Ces appuis scientifiques sont les deux suivants : (1) un traitement général du trouble anxieux démontre une efficacité équivalente à un programme spécifique (Norton & Barrera, 2012), (2) il existe une unicité des symptômes, de l'étiologie, des conséquences et des pensées à chacun des troubles anxieux (Ferdinand et al., 2006; Laurent & Stark, 1993). En ce sens, le présent essai justifie le développement de programmes de traitement spécialisé pour les différents troubles anxieux chez l'enfant. En effet, selon les données recueillies dans la section « Le traitement cognitif et comportemental ayant la plus grande efficacité », un programme de traitement spécialisé pour le trouble d'anxiété sociale sera équivalent, voire supérieur à un traitement transdiagnostique en terme de diminution des symptômes du trouble. Ce faisant, le contexte d'intervention des services de 3e ligne s'avère un milieu approprié pour le développement d'un tel programme. La complexité des cas à ce niveau de service amène fréquemment des difficultés dans le traitement psychologique et peut, de ce fait, diminuer le taux de réponse à l'intervention. Il est donc justifié de rendre ce traitement psychologique plus adapté à la réalité de l'enfant pour en augmenter sa précision dans les cas complexes.

Deuxième postulat : plusieurs recommandations émergent de la présente recension des écrits concernant la traduction en français d'un programme de traitement spécialisé pour le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant. Tout d'abord, le SET-C (Beidel et

al., 2000, 2006, 2007; Silverman et al., 2008), s'avère un modèle intéressant en regard des données probantes et de sa crédibilité auprès des scientifiques et des cliniciens. Le large éventail des techniques utilisées et l'apport de la pratique des habiletés sociales font, de ce programme de traitement, un choix pertinent. D'ailleurs, l'entraînement aux habiletés sociales est une technique d'intervention largement débattue dans la littérature scientifique du trouble d'anxiété sociale chez l'adulte. Il ressort tout de même que lorsqu'il est question du traitement de ce trouble chez l'enfant, cette technique est une valeur ajoutée. En effet, malgré qu'un déficit concernant les habiletés sociales ne semble pas central chez l'adulte anxieux socialement (Hofmann, 2007), les données chez l'enfant ne sont pas aussi claires. Ainsi, l'entraînement aux habiletés sociales dans sa combinaison aisée avec l'exposition s'avère une formule efficace dans le traitement de ce trouble (Albano et al., 1995; Beidel et al., 2000, 2006, 2007; Herbert et al., 2005; Masia-Warner et al., 2005; Spence et al., 2000). De plus, cette technique peut avoir un effet positif indirect, c'est-à-dire que l'enfant, durant l'exposition à une situation sociale, peut se concentrer sur ses nouvelles habiletés sociales et ainsi gagner en contrôle. D'ailleurs, l'ajout de cet entraînement est utilisé dans la plupart des programmes développés pour la population infantile.

Le troisième postulat concerne l'évaluation et les instruments de mesure pour le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant. Les outils à privilégier, en se basant sur leur propriété psychométrique et leur utilité, sont le SPAI-C pour mesurer les symptômes d'anxiété sociale, le MASC-2 ou le RCMAS-2 pour mesurer l'ensemble des symptômes

anxieux, le *Children's Depression Inventory* (CDI; Kovacs, 1992) pour mesurer les symptômes dépressifs, l'ADIS-C comme entrevue clinique pour conclure ou infirmer le diagnostic et finalement le MESSY pour évaluer les habiletés sociales. La combinaison du SPAI-C et de l'ADIS-C est une stratégie d'évaluation robuste et souvent utilisée pour statuer quant à la présence ou l'absence du trouble d'anxiété sociale. Le MASC et le RCMAS sont deux instruments de mesure qui permettent d'identifier les symptômes anxieux avec une analyse plus large. Ces deux mesures sont donc utiles pour évaluer les comorbidités anxieuses associées à l'anxiété sociale. Dans cette même idée d'identifier les comorbidités, le CDI est un outil pertinent pour quantifier les symptômes dépressifs. Finalement, le MESSY permet de connaître le niveau des habiletés sociales de l'enfant et ainsi ajuster le traitement à ce niveau. Les symptômes anxieux, dépressifs et les habiletés sociales sont d'importantes caractéristiques du portrait clinique à connaître avant le début du traitement puisqu'elles ont été démontrées comme influentes sur l'effet du traitement (Alfano et al., 2009; Crawley et al., 2008). Finalement, il est à noter que des versions francophones validées des instruments de mesure présentés dans le présent paragraphe existent seulement pour le MASC et le RCMAS.

Comme autre postulat, le présent essai permet de mettre en évidence l'efficacité d'une formule de groupe pour le traitement psychologique du trouble d'anxiété sociale chez l'enfant. En effet, les deux programmes de traitement qui se démarquent du lot utilisent la modalité de groupe (Silverman et al., 2008). Le groupe permet aux cliniciens d'élaborer des pratiques d'habiletés sociales et de l'exposition *in vivo* en ayant un

contrôle partiel sur la situation. D'une certaine manière, l'exposition à une situation sociale dans le groupe de psychothérapie est un contexte sécuritaire qui prépare le terrain pour les expositions de la semaine dans le milieu de vie de l'enfant. Également, les psychothérapeutes sont présents pour renforcer et encourager les comportements sociaux. Une formule intéressante pour appliquer cette idéologie serait de diviser les séances en deux moments : une heure de psychothérapie et trente minutes de pratique en contexte de jeux libre. La deuxième partie, en contexte *naturel* servant à la fois de pratique des habiletés sociales, d'exposition *in vivo* et de généralisation par l'expérience avec des pairs (Spence et al., 2000). Si le contexte le permet, il est également pertinent que les séances de pratique soient produites en contexte d'activités diversifiées (p.ex., jeu de quilles, souper pizza, planche à roulettes intérieure) et qu'elles soient réalisées en compagnie d'enfants sans diagnostic de trouble anxieux. Ces séances de pratique diversifiées sont une particularité du programme SET-C. Les différentes activités et la présence d'enfant tout-venant produisent des situations sociales plus naturelles, ce qui diminue grandement l'aspect artificiel des séances de socialisation en psychothérapie. Lorsque le programme de traitement se fait en groupe, il est recommandé de faire des petits groupes, c'est-à-dire constitués de quatre à huit enfants. Cette recommandation se base sur deux études ayant utilisé cette grandeur de groupe et démontrant des résultats prometteurs (Beidel et al., 2000; Spence et al., 2000). Néanmoins, ces deux études ne comparaient pas l'effet du traitement selon la grandeur du groupe. La recommandation de former des groupes composés de 4 à 8 enfants est donc fondée sur ce qui est fait dans la recherche plutôt que sur une étude expérimentale sur le sujet. Aussi, il est conseillé de

diviser les groupes selon l'âge, en créant des groupes pour les élèves de niveau primaire (7 à 11 ans) et l'autre pour ceux de niveau secondaire (12 à 14 ans). Spence et ses collègues (2000) suggèrent cette division en regard des thématiques sociales différentes amenées par ces deux groupes d'âge. De plus, la restructuration cognitive se ferait de façon différente dans les deux groupes. En effet, pour les enfants de niveau primaire, cette technique ne serait pas de la restructuration cognitive à proprement parler, mais elle prendrait plutôt la forme de l'auto-instruction positive. Dans le groupe avec des jeunes du secondaire, cette technique ressemblerait davantage à son application chez la population adulte.

Nonobstant les recherches encourageantes dans le domaine du traitement en groupe du trouble d'anxiété sociale, une limite mérite d'être mentionnée. Dans les cas sévères de ce trouble, Melfsen et ses collègues (2011) suggèrent plutôt de traiter l'enfant en individuel et en augmentant l'importance des interventions cognitives dans le traitement. Ces chercheurs soutiennent que la formule individuelle permet un ajustement aux caractéristiques personnelles du patient et que les enfants extrêmement anxieux socialement ont moins de chance de participer activement aux échanges de groupe.

La section « La participation des parents au traitement » du présent essai amenait une réflexion centrale dans l'élaboration d'un programme pour traiter le trouble d'anxiété sociale chez l'enfant : l'implication ou non des parents dans le traitement. La synthèse des données dans le domaine permet d'avancer que la participation des parents dans le

traitement est souhaitable. D'ailleurs, la compréhension théorique de ce trouble inclut l'influence parentale dans le développement de cette pathologie mentale. Ce faisant, une cible pertinente de la psychothérapie est la suppression des facteurs de maintien créés par les parents. En ce sens, les parents pourraient être intégrés dans le traitement comme des cothérapeutes. En d'autres mots, ils soutiendraient leur jeune dans les exercices à la maison et seraient informés du rationnel et des étapes du traitement. Concrètement, cette implication pourrait prendre plusieurs formes : observation de leur enfant derrière une vitre sans tain, lecture de pamphlets informatifs, séances avec un psychothérapeute pendant le jeu libre des enfants, etc. (Spence et al., 2000).

Finalement, comme abordée dans la section « Éléments à considérer lors de l'élaboration d'un programme de traitement pour l'enfant », la dernière recommandation est en lien avec l'adaptation des techniques d'intervention avec les enfants. En effet, il est essentiel que le matériel, les exercices et les informations du traitement soient présentés de manière attrayante, simple et ludique. L'utilisation d'outils, comme les histoires, les métaphores, les jeux, le dessin et la chanson, est grandement suggérée. Dans le programme *SST*, la technique de résolution de problèmes est dénommée « le détective social ». Ils ont utilisé cette image significative pour présenter les trois étapes de résolution de problème : détecter, investiguer et résoudre (Spence, 1995).

Conclusion

Le présent essai possède certaines limites qui se doivent d'être mentionnées et qui rappellent que les résultats doivent être interprétés avec nuance. Premièrement, la présente recension peut avoir une surreprésentation de résultats significatifs. En effet, les recherches doivent présenter des résultats concluants pour être publiées dans la plupart des revues scientifiques. Ainsi, les autres études n'ayant pas obtenu ce type de résultats, si elles existent, risquent d'avoir été filtrées par la difficulté à se faire publier dans un périodique. Deuxièmement, étant donné que les douze recherches avaient des méthodologies différentes, des analyses statistiques différentes et des manières différentes de présenter leur résultat, la taille d'effet présentée au tableau doit être interprétée avec prudence. La troisième limite concerne les données sur le programme SET-C. Ce programme de traitement est le plus étudié dans la littérature. Ainsi, la présence de quatre études sur celui-ci augmente la probabilité d'obtenir des résultats significatifs. Finalement, une limite qui empêche d'affirmer la supériorité du SET-C est qu'il n'y a aucune étude randomisée et contrôlée qui le compare à d'autres programmes similaires.

En résumé, le présent essai a permis d'adresser les lignes directrices concernant le traitement de l'anxiété sociale chez l'enfant. En ce sens, l'emphase a été mise sur l'entraînement aux habiletés sociales combiné à l'exposition *in vivo*, le travail en groupe, l'implication des parents et l'adaptation des interventions à la clientèle enfant. La

présente recension des écrits permet de suggérer aux cliniciens travaillant auprès de cette clientèle de baser leur traitement sur le programme SET-C. Également, ce programme s'avère un choix intéressant pour l'équipe de la Clinique d'intervention pour les troubles anxieux (CITA) de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Il demeure que le SET-C ne possède aucune version francophone; il doit donc être traduit. Ce programme est préféré aux autres traitements en regard des données probantes, de l'implication des parents, de sa formule mixte (en groupe et en individuel) et de sa spécificité au trouble d'anxiété sociale. De plus, la CITA demeure un endroit privilégié pour implanter ce type de programme spécialisé.

Les recherches dans le domaine de l'anxiété infantile restent toujours en décalage avec celles faites sur la population adulte. Les traitements, les instruments de mesure et les modèles théoriques ont d'abord été développés pour les adultes et graduellement adaptés à l'enfant. Ce décalage entre les deux groupes d'âge est d'autant plus grand dans la littérature francophone. En effet, il existe peu de programmes de traitement et d'instruments d'évaluation traduits en français pour la population infantile. Cette problématique est présente dans les écrits scientifiques sur le trouble d'anxiété sociale et elle l'est également pour d'autres troubles anxieux. En ce sens, la question sur l'efficacité des traitements spécifiques comparativement à ceux transdiagnostiques commence à peine pour ces autres troubles, excepté pour le trouble d'anxiété généralisée (Racicot, 2016). Ainsi, il serait pertinent de reproduire l'exercice fait dans le présent essai en s'intéressant aux autres troubles anxieux.

Références

- Abramowitz, J. S., Deacon, B. J., & Whiteside, S. P. H. (2011). *Exposure therapy for anxiety: Principles and practice*. New York, NY: Guilford Press.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Ahrens-Eipper, S., & Hoyer, J. (2006). Applying the Clark-Wells model of social phobia to children: The case of a 'dictation phobia'. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(1), 103-106. doi: 10.1017/S1352465805002523
- Albano, A. M., Marten, P. A., Holt, C. S., Heimberg, R. G., & Barlow, D. H. (1995). Cognitive-behavioral group treatment for social phobia in adolescents: A preliminary study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(10), 649-656.
- Alfano, C. A., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2006). Cognitive correlates of social phobia among children and adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(2), 189-201.
- Alfano, C. A., Pina, A. A., Villalta, I. K., Beidel, D. C., Ammerman, R. T., & Crosby, L. E. (2009). Mediators and moderators of outcome in the behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 48(9), 945-953.
- Almerigogna, J. (2011). Vérification de la structure factorielle d'une traduction française de l'Inventaire de l'Anxiété État-Trait pour Enfants. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(6), 345-347. doi: 10.1016/j.amp.2010.01.009
- American Psychiatric Association. (1980). *DSM-III: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3^e éd.). Arlington, VA: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5^e éd.). Washington, DC: Authors.
- American Psychological Association. (2002). Criteria for evaluating treatment guidelines. *American Psychologist*, 57(12), 1052-1059.

- Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R., & Silva, P. A. (1987). DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. *Archives of General Psychiatry*, *44*(1), 69-76.
- André, C. (2001). Thérapie comportementale et cognitive des phobies sociales. *Association Suisse de Psychothérapie Cognitive(ASPCo), Info no.8.*
- Angold, A., & Costello, E. J. (2000). The Child and Adolescent Psychiatric Assessment (CAPA). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(1), 39-48. doi: 10.1097/00004583-200001000-00015
- Angold, A., Erkanli, A., Copeland, W., Goodman, R., Fisher, P. W., & Costello, E. J. (2012). Psychiatric diagnostic interviews for children and adolescents: A comparative study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *51*(5), 506-517. doi: 10.1016/j.jaac.2012.02.020
- Asher, S. R., & Wheeler, V. A. (1985). Children's loneliness: A comparison of rejected and neglected peer status. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *53*(4), 500-505. doi: 10.1037/0022-006X.53.4.500
- Baer, S., & Garland, E. J. (2005). Pilot study of community-based cognitive behavioral group therapy for adolescents with social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *44*(3), 258-264.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2^e éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Barrett, P. M. (1998). Evaluation of cognitive-behavioral group treatments for childhood anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*(4), 459-468.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*(2), 333-342.
- Battaglia, M., Ogliari, A., Zanoni, A., Villa, F., Citterio, A., Binaghi, F., ... Maffei, C. (2004). Children's discrimination of expressions of emotions: Relationship with indices of social anxiety and shyness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *43*(3), 358-365. doi: 10.1097/00004583-200403000-00019
- Beck, A. T. (1985). *Theoretical perspectives on clinical anxiety*. Dans A. H. Tuma & J. Maser (Éds), *Anxiety and the anxiety disorders* (pp. 183-196). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Beck, A. T., & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy*, 35(1), 49-58. doi: 10.1016/S0005-7967(96)00069-1
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents: Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 483-524. doi: 10.1016/j.psc.2009.06.002
- Beidel, D. C., Ferrell, C. B., Alfano, C. A., & Yeganeh, R. (2001). The treatment of childhood social anxiety disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 24(4), 831-846.
- Beidel, D. C., Rao, P. A., Scharfstein, L., Wong, N., & Alfano, C. A. (2010). Social skills and social phobia: An investigation of DSM-IV subtypes. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10), 992-1001. doi: 10.1016/j.brat.2010.06.005
- Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2007). *Shy children, phobic adults: Nature and treatment of social anxiety disorders* (2^e éd.). Washington, DC: American Psychological Association.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1995). A new inventory to assess childhood social anxiety and phobia: the social phobia and anxiety inventory for children. *Psychological Assessment*, 7(1), 73-79. doi: 10.1037/1040-3590.7.1.73
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (1999). Psychopathology of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(6), 643-650. doi: 10.1097/00004583-199906000-00010
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Morris, T. L. (2000). Behavioral treatment of childhood social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 1072-1080.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Sallee, F. R., Ammerman, R. T., Crosby, L. A., & Pathak, S. (2007). SET-C versus fluoxetine in the treatment of childhood social phobia. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(12), 1622-1632. doi: 10.1097/chi.0b013e318154bb57
- Beidel, D. C., Turner, S. M., & Young, B. J. (2006). Social effectiveness therapy for children: five years later. *Behavior Therapy*, 37(4), 416-425.
- Beidel, D. C., Turner, S. M., Young, B., & Paulson, A. (2005). Social effectiveness therapy for children: Three-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 721-725.

- Bell-Dolan, D. J., Last, C. G., & Strauss, C. C. (1990). Symptoms of anxiety disorders in normal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 29(5), 759-765.
- 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(4), 713-731. doi: 10.1016/S0005-7894(00)80040-4
- Bodden, D. H. M., Bögels, S. M., Nauta, M. H., De Haan, E., Ringrose, J., Appelboom, C., ... Appelboom-Geerts, K. C. (2008). Child versus family cognitive-behavioral therapy in clinically anxious youth: An efficacy and partial effectiveness study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1384-1394. doi: 10.1097/CHI.0b013e318189148e
- Bögels, S. M., Alden, L., Beidel, D. C., Clark, L. A., Pine, D. S., Stein, M. B., & Voncken, M. (2010). Social anxiety disorder: Questions and answers for the DSM-5. *Depression and Anxiety*, 27(2), 168-189. doi: 10.1002/da.20670
- Bögels, S. M., & Mansell, W. (2004). Attention processes in the maintenance and treatment of social phobia: Hypervigilance, avoidance and self-focused attention. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 827-856. doi: 10.1016/j.cpr.2004.06.005
- Bokhorst, K., Goossens, F. A., & de Ruyter, P. A. (2001). Early detection of social anxiety: Reliability and validity of a teacher questionnaire for the identification of social anxiety in young children. *Social Behavior and Personality*, 29(8), 787-798. doi: 10.2224/sbp.2001.29.8.787
- Bouchard, S., Mendlowitz, S. L., Coles, M. E., & Franklin, M. (2004). Considerations in the use of exposure with children. *Cognitive and Behavioral Practice*, 11(1), 56-65.
- Brady, E. U., & Kendall, P. C. (1992). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents. *Psychological Bulletin*, 111(2), 244-255. doi: 10.1037/0033-2909.111.2.244
- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., Gaudet, N., Lambert, J., ... Lépine, S. (1999). Quebec child mental health survey: Prevalence of DSM-III—R mental health disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40(3), 375-384. doi: 10.1111/1469-7610.00455

- Breton, J.-J., Bergeron, L., Valla, J.-P., Berthiaume, C., & St-Georges, M. (1998). Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-2.25) in Quebec: Reliability findings in light of the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(11), 1167-1174. doi: 10.1097/00004583-199811000-00016
- Busner, J., & Targum, S. D. (2007). The clinical global impressions scale: Applying a research tool in clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(7), 28-37. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2880930/>
- Butler, G. (1985). Exposure as a treatment for social phobia: Some instructive difficulties. *Behaviour Research and Therapy*, 23(6), 651-657. doi: 10.1016/0005-7967(85)90060-9
- Cannon, W. B. (1987). The James-lange theory of emotions: A critical examination and an alternative theory. *The American Journal of Psychology*, 100(3/4), 567-586. doi: 10.2307/1422695
- Cartwright-Hatton, S., Roberts, C., Chitsabesan, P., Fothergill, C., & Harrington, R. (2004). Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(4), 421-436.
- Cartwright-Hatton, S., Tschernitz, N., & Gomersall, H. (2005). Social anxiety in children: Social skills deficit, or cognitive distortion? *Behaviour Research and Therapy*, 43(1), 131-141.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1988). A control-process perspective on anxiety. *Anxiety Research*, 1(1), 17-22. doi: 10.1080/10615808808248217
- Chaloult, L., Ngo, T.-L., Goulet, J., & Cousineau, P. (2008). *La thérapie cognitivo-comportementale : théorie et pratique*. Montréal : Gaétan Morin.
- Chambless, D. L., & Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 7-18. doi: 10.1037/0022-006X.66.1.7
- Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.685
- Chartier, M. J., Hazen, A. L., & Stein, M. B. (1998). Lifetime patterns of social phobia: A retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population. *Depression and Anxiety*, 7(3), 113-121.

- Chase, R. M., & Pincus, D. B. (2011). Sleep-related problems in children and adolescents with anxiety disorders. *Behavioral Sleep Medicine, 9*(4), 224-236. doi: 10.1080/15402002.2011.606768
- Chavira, D. A., Stein, M. B., Bailey, K., & Stein, M. T. (2004). Child anxiety in primary care: Prevalent but untreated. *Depression and Anxiety, 20*(4), 155-164. doi: 10.1002/da.20039
- Chorpita, B. F., Yim, L. M., Donkervoet, J. C., Arensdorf, A., Amundsen, M. J., McGee, C., ... Morelli, P. (2002). Toward large-scale implementation of empirically supported treatments for children: A review and observations by the Hawaii empirical basis to services task force. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(2), 165-190. doi: 10.1111/j.1468-2850.2002.tb00504.x
- Clark, D. A. (2014). Cognitive restructuring. Dans S. G. Hofmann, D. J. A. Dozois, W. Rief, J. A. Smits, S. G. Hofmann, D. J. Dozois, W. Rief, & J. A. Smits (Éds), *The Wiley handbook of cognitive behavioral therapy* (pp. 23-44). New York, NY: Wiley-Blackwell.
- Clark, D. A., & Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(1), 60-66. doi: 10.1891/0889-8391.23.1.60
- Clark, D. M., Ehlers, A., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Grey, N., ... Wild, J. (2006). Cognitive therapy versus exposure and applied relaxation in social phobia: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(3), 568-578. doi: 10.1037/0022-006x.74.3.568
- Clark, D. M., Ehlers, A., McManus, F., Hackmann, A., Fennell, M., Campbell, H., ... Louis, B. (2003). Cognitive therapy versus fluoxetine in generalized social phobia: A randomized placebo-controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(6), 1058-1067. doi: 10.1037/0022-006x.71.6.1058
- Clark, D. M., & Wells, A. A. (1995). *A cognitive model of social phobia*. Dans R. G. Heimberg (Éd.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69-93). New York, NY: Guilford Press.
- Cobham, V. E., Dadds, M. R., & Spence, S. H. (1998). The role of parental anxiety in the treatment of childhood anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(6), 893-905. doi: 10.1037/0022-006X.66.6.893
- Cobham, V. E., Donovan, R., & Waters, A. (2009). *The SHY Manual for Social Anxiety*. Unpublished manual. Griffith University, Brisbane.

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- 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*(2), 212-224.
- Costello, E. J., & Angold, A. (1995). Epidemiology in anxiety disorders in children and adolescents. Dans J. S. March (Éd.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 109-124). New York, NY: Guilford Press.
- Costello, E. J., Angold, A., Burns, B. J., Stangl, D. K., Tweed, D. L., Erkanli, A., & Worthman, C. M. (1996). The great smoky mountains study of youth. goals, design, methods, and the prevalence of DSM-III-R disorders. *Archives of General Psychiatry, 53*(12), 1129-1136.
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 44*(10), 972-986. doi: 10.1097/01.chi.0000172552.41596.6f
- Costello, E. J., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G., & Angold, A. (2003). Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry, 60*(8), 837-844.
- Crawley, S. A., Beidas, R. S., Benjamin, C. L., Martin, E., & Kendall, P. C. (2008). Treating socially phobic youth with CBT: Differential outcomes and treatment considerations. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(4), 379-389.
- Crozier, M., Gillihan, S. J., & Powers, M. B. (2011). *Issues in differential diagnosis: Phobias and phobic conditions*. Dans D. McKay, E. A. Storch, D. McKay, & E. A. Storch (Éds), *Handbook of child and adolescent anxiety disorders* (pp. 7-22). New York, NY: Springer Science + Business Media.
- Dadds, M. R., Spence, S. H., Holland, D. E., Barrett, P. M., & Laurens, K. R. (1997). Prevention and early intervention for anxiety disorders: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(4), 627-635.
- Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2004). Cognitive and behavioral treatments for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings. *Journal of Clinical Psychology, 60*(4), 429-441.

- DeMarco-Sinatra, J. (2000). *Relaxation training as a holistic nursing intervention. Holistic Nursing Practice, 14*(3), 30-39.
- Demir, T., Karacetin, G., Eralp Demir, D., & Uysal, O. (2013). Prevalence and some psychosocial characteristics of social anxiety disorder in an urban population of Turkish children and adolescents. *European Psychiatry, 28*(1), 64-69. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.12.003
- Donovan, C. L., Cobham, V., Waters, A. M., & Occhipinti, S. (2015). Intensive group-based CBT for child social phobia: A pilot study. *Behavior Therapy, 46*(3), 350-364. doi: 10.1016/j.beth.2014.12.005
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. Oxford, England: Lyle Stuart.
- Engel, G. L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *The American Journal of Psychiatry, 137*(5), 535-544. doi: 10.1176/ajp.137.5.535
- Erickson, D. H., Janeck, A. S., & Tallman, K. (2009). Transdiagnostic group CBT for anxiety: Clinical experience and practical advice. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(1), 34-43. doi: 10.1891/0889-8391.23.1.34
- Ferdinand, R. F., Bongers, I. L., van der Ende, J., van Gastel, W., Tick, N., Utens, E., & Verhulst, F. C. (2006). Distinctions between separation anxiety and social anxiety in children and adolescents. *Behaviour Research and Therapy, 44*(11), 1523-1535. doi: 10.1016/j.brat.2005.11.006
- Ferrell, C. B., Beidel, D. C., & Turner, S. M. (2004). Assessment and treatment of socially phobic children: A cross cultural comparison. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(2), 260-268.
- Feske, U., & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 26*(4), 695-720.
- Flannery-Schroeder, E., & Kendall, P. (2000). Group and individual cognitive-behavioral treatments for youth with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Cognitive Therapy and Research, 24*(3), 251-278. doi: 10.1023/A:1005500219286
- Fraccaro, R. L., Stelnicki, A. M., & Nordstokke, D. W. (2015). Test review: Multidimensional anxiety scale for children by J. S. March. *Canadian Journal of School Psychology, 30*(1), 70-77. doi: 10.1177/0829573514542924

- Francis, G., Last, C. G., & Strauss, C. C. (1992). Avoidant Disorder and Social Phobia in Children and Adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 31*(6), 1086-1089. doi: 10.1097/00004583-199211000-00014
- Gail, Borchardt, & Perwien. (1996). Anxiety disorders in children and adolescents: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 35*(9), 1110-1119.
- Gallagher, H. M., Rabian, B. A., & McCloskey, M. S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders, 18*(4), 459-479. doi: 10.1016/S0887-6185(03)00027-6
- George, L., & Stopa, L. (2008). Private and public self-awareness in social anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39*(1), 57-72. doi: 10.1016/j.jbtep.2006.09.004
- Gosch, E. A., Flannery-Schroeder, E., Mauro, C. F., & Compton, S. N. (2006). Principles of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in children. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 20*(3), 247-262.
- Gren-Landell, M., Aho, N., Andersson, G., & Svedin, C. G. (2011). Social anxiety disorder and victimization in a community sample of adolescents. *Journal of Adolescence, 34*(3), 569-577. doi: 10.1016/j.adolescence.2010.03.007
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (1990). *The social skills rating system*. American Guidance Service, Inc.; MN: Circle Pines.
- Gresham, F. M., & Elliott, S. N. (2008). *Social Skills Improvement System Rating Scales manual*. Minneapolis, MN: NCS Pearson
- Gresham, F. M., Elliott, S. N., Vance, M. J., & Cook, C. R. (2011). Comparability of the Social Skills Rating System to the Social Skills Improvement System: Content and psychometric comparisons across elementary and secondary age levels. *School Psychology Quarterly, 26*(1), 27-44. doi: 10.1037/a0022662
- Gurley, D., Cohen, P., Pine, D. S., & Brook, J. (1996). Discriminating depression and anxiety in youth: A role for diagnostic criteria. *Journal of affective disorders, 39*(3), 191-200. doi: 10.1016/0165-0327(96)00020-1
- Guy, W. (1976) ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. *US Dept Health, Education, and Welfare publication (ADM) 76-338*; pp. 218-222.

- Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. (2005). Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy, 36*(2), 125-138. doi: 10.1016/S0005-7894(05)80061-9
- Hergenhahn, B. R. (2007). *Introduction à l'histoire de la psychologie*. Mont-Royal, QC : Groupe Modulo.
- Hirshfeld-Becker, D. R., & Biederman, J. (2002). Rationale and principles for early intervention with young children at risk for anxiety disorders. *Clinical Child and Family Psychology Review, 5*(3), 161-172.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L. R., Pollock-Wurman, R. A., McQuade, J., ... Biederman, J. (2010). Cognitive behavioral therapy for 4- to 7-year-old children with anxiety disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(4), 498-510.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Masek, B., Henin, A., Blakely, L. R., Rettew, D. C., Dufton, L., ... Biederman, J. (2008). Cognitive-behavioral intervention with young anxious children. *Harvard Review of Psychiatry, 16*(2), 113-125. doi: 10.1080/10673220802073956
- Hodson, K. J., McManus, F. V., Clark, D. M., & Doll, H. (2008). Can Clark and Wells' (1995) Cognitive model of social phobia be applied to young people? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 36*(Special Issue 04), 449-461. doi: 10.1017/S1352465808004487
- Hofmann, S. G. (2004). Cognitive mediation of treatment change in social phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(3), 393-399. doi: 10.1037/0022-006x.72.3.393
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive Behaviour Therapy, 36*(4), 193-209. doi: 10.1080/16506070701421313
- Hudson, J. L., Rapee, R. M., Lyneham, H. J., McLellan, L. F., Wuthrich, V. M., & Schniering, C. A. (2015). Comparing outcomes for children with different anxiety disorders following cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy, 72*, 30-37. doi: 10.1016/j.brat.2015.06.007
- In-Albon, T., & Schneider, S. (2007). Psychotherapy of childhood anxiety disorders: A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 76*(1), 15-24. doi: 10.1159/000096361

- James, A., Soler, A., & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(4), CD004690. doi: 10.1002/14651858.CD004690.pub2
- Jerremalm, A., Jansson, L., & Öst, L.-G. (1986). Cognitive and physiological reactivity and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24(2), 171-180. doi: 10.1016/0005-7967(86)90088-4
- Jørstad-Stein, E. C., & Heimberg, R. G. (2009). Social phobia: An update on treatment. *Psychiatric Clinics of North America*, 32(3), 641-663. doi: 10.1016/j.psc.2009.05.003
- Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1988). Biological bases of childhood shyness. *Science*, 240(4849), 167-171. doi: 10.2307/1701226
- Kashdan, T., & Herbert, J. (2001). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Current status and future directions. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4(1), 37-61. doi: 10.1023/A:1009576610507
- Kearney, C. A. (2005). *Social anxiety and social phobia in youth: Characteristics, assessment, and psychological treatment*. New York, NY: Springer.
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: A clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(s417), 85-94.
- Keller, M. B., Lavori, P. W., Wunder, J., Beardslee, W. R., Schwartz, C. E., & Roth, J. (1992). Chronic course of anxiety disorders in children and adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(4), 595-599. doi: 10.1097/00004583-199207000-00003
- Kendall, P. C. (1994). Treating anxiety disorders in children: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(1), 100-110.
- Kendall, P. C., Brady, E. U., & Verduin, T. L. (2001). Comorbidity in childhood anxiety disorders and treatment outcome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(7), 787-794.
- Kendall, P. C., & Chu, B. C. (2000). Retrospective self-reports of therapist flexibility in a manual-based treatment for youths with anxiety disorders. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 209-220.

- Kendall, P. C., Chu, B., Gifford, A., Hayes, C., & Nauta, M. (1998). Breathing life into a manual: Flexibility and creativity with manual-based treatments. *Cognitive and Behavioral Practice, 5*(2), 177-198. doi: 10.1016/S1077-7229(98)80004-7
- Kendall, P. C., Compton, S. N., Walkup, J. T., Birmaher, B., Albano, A. M., Sherrill, J., ... Piacentini, J. (2010). Clinical characteristics of anxiety disordered youth. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(3), 360-365. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.01.009
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(3), 366-380.
- Kendall, P. C., & Hedtke, K. A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for anxious children: Therapist manual* (3^e éd.). (Child/Individual treatment manual). Ardmore, PA: Workbook Publishing.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry, 62*(6), 593-602. doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States: Results from the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 51*(1), 8-19. doi: 10.1001/archpsyc.1994.03950010008002
- Kley, H., Heinrichs, N., Bender, C., & Tuschen-Caffier, B. (2012). Predictors of outcome in a cognitive-behavioral group program for children and adolescents with social anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(1), 79-87.
- Kovacs, M. (1992). *Children's Depression Inventory (CDI) Manual*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems.
- Kunst, G., Blidner, J., Esrubilsky, V., Longarela, H., & Vega, E. (2009). Evaluation of the validity of Diagnostic Interview Schedule for Children IV (DISC IV) in the city of Buenos Aires. *Vertex (Buenos Aires, Argentina), 20*(86), 245-251.
- la Greca, A. M., & Stone, W. L. (1993). Social Anxiety Scale for Children—Revised: Factor structure and concurrent validity. *Journal of Clinical and Child Psychology, 22*(1), 17-27. doi: 10.1207/s15374424jccp2201_2

- Laurent, J., & Stark, K. D. (1993). Testing the cognitive content-specificity hypothesis with anxious and depressed youngsters. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(2), 226-237. doi: 10.1037/0021-843X.102.2.226
- Leary, M. R., Kowalski, R. M., & Campbell, C. D. (1988). Self-presentational concerns and social anxiety: The role of generalized impression expectancies. *Journal of Research in Personality, 22*(3), 308-321. doi: 10.1016/0092-6566(88)90032-3
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical Meta-Analysis*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Lohaus, A., & Klein-Hebling, J. (2000). Coping in childhood: A comparative evaluation of different relaxation techniques. *Anxiety, Stress & Coping, 13*(2), 187-211.
- Lowe, P. A. (2014). A closer look at the psychometric properties of the revised children's manifest anxiety scale-second edition among U.S. Elementary and secondary school students. *Journal of Psychoeducational Assessment, 32*(6), 495-508. doi: 10.1177/0734282914528611
- Lyneham, H. J., Abbott, M. J., & Rapee, R. M. (2007). Interrater reliability of the Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Child and parent version. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 46*(6), 731-736. doi: 10.1097/chi.0b013e3180465a09
- March, J. S. (2013). *Multidimensional Anxiety Scale for Children* (2^e éd.: Technical manual). Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Masia-Warner, C., Klein, R. G., Dent, H. C., Fisher, P. H., Alvir, J., Albano, A. M., & Guardino, M. (2005). School-based intervention for adolescents with social anxiety disorder: Results of a controlled study. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(6), 707-722.
- Matson, J. L. (2009). *Social behavior and skills in children*. New York, NY: Springer.
- Matson, J. L., Neal, D., Fodstad, J. C., Hess, J. A., Mahan, S., & Rivet, T. T. (2010). Reliability and validity of the Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters. *Behavior Modification, 34*(6), 539-558. doi: 10.1177/0145445510384844
- Matson, J. L., Neal, D., Worley, J. A., Kozlowski, A. M., & Fodstad, J. C. (2012). Factor structure of the Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters-II (MESSY-II). *Research in Developmental Disabilities, 33*(6), 2067-2071. doi: 10.1016/j.ridd.2010.09.026

- Matson, J. L., Rotatori, A. F., & Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The matson evaluation of social skills with youngsters (MESSY). *Behaviour Research and Therapy*, 21(4), 335-340. doi: 10.1016/0005-7967(83)90001-3
- Mattick, R. P., & Peters, L. (1988). Treatment of severe social phobia: Effects of guided exposure with and without cognitive restructuring. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(2), 251-260. doi: 10.1037/0022-006x.56.2.251
- McKay, D., & Whiteside, S. P. H. (2013). Introduction to the special issue: New methods in exposure therapy. *Behavior Modification*, 37(2), 163-169.
- Melfsen, S., & Florin, I. (2002). Do socially anxious children show deficits in classifying facial expressions of emotions? *Journal of Nonverbal Behavior*, 26(2), 109-126. doi: 10.1023/A:1015665521371
- Melfsen, S., Kuhnemund, M., Schwieger, J., Warnke, A., Stadler, C., Poustka, F., & Stangier, U. (2011). Cognitive behavioral therapy of socially phobic children focusing on cognition: A randomised wait-list control study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 5. doi: 10.1186/1753-2000-5-5
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S., Zhang, H., & Angst, J. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich Cohort Study of young adults. *Biological Psychiatry*, 51(1), 81-91. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01309
- Mersch, P. P. A. (1995). The treatment of social phobia: The differential effectiveness of exposure in vivo and an integration of exposure in vivo, rational emotive therapy and social skills training. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 259-269. doi: 10.1016/0005-7967(94)00038
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *Projet clinique : cadre de référence pour les réseaux locaux de services de santé et de services sociaux* (document général). Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001307/>
- Morris, R. J., & Kratochwill, T. R. (1998). Childhood fears and phobias. Dans R. J. Kratochwill (Éd.), *The practice of child therapy* (3^e éd., pp. 91-131). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Muris, P., Merckelbach, H., Mayer, B., & Meesters, C. (1998). Common fears and their relationship to anxiety disorders symptomatology in normal children. *Personality and Individual Differences*, 24(4), 575-578. doi: 10.1016/S0191-8869(97)00190-6

- Musa, C. Z., & Lépine, J. P. (2000). Cognitive aspects of social phobia: A review of theories and experimental research. *European Psychiatry, 15*(1), 59-66. doi: 10.1016/s0924-9338(00)00210-8
- Nail, J. E., Christofferson, J., Ginsburg, G. S., Drake, K., Kendall, P. C., McCracken, J. T., ... Sakolsky, D. (2015). Academic impairment and impact of treatments among youth with anxiety disorders. *Child & Youth Care Forum, 44*(3), 327-342. doi: 10.1007/s10566-014-9290-x
- Nauta, M. H., Scholing, A., Emmelkamp, P. M. G., & Minderaa, R. B. (2003). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety disorders in a clinical setting: No additional effect of a cognitive parent training. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(11), 1270-1278. doi: 10.1097/01.chi.0000085752.71002.93
- Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 872-879. doi: 10.1037/0022-006x.73.5.872
- Norton, P. J., & Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific cbt for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and Anxiety, 29*(10), 874-882. doi: 10.1002/da.21974
- Olatunji, B. O., Cisler, J. M., & Tolin, D. F. (2010). A meta-analysis of the influence of comorbidity on treatment outcome in the anxiety disorders. *Clinical Psychology Review, 30*(6), 642-654.
- Olfson, M., Guardino, M., Struening, E., Schneier, F. R., Hellman, F., & Klein, D. F. (2000). Barriers to the treatment of social anxiety. *American Journal of Psychiatry, 157*(4), 521-527.
- Ollendick, T. H., & Hirshfeld-Becker, D. R. (2002). The developmental and psychopathology of social anxiety disorder. *Biological Psychiatry, 51*(1), 44-58.
- Ollendick, T. H., Jarrett, M. A., Grills-Taquechel, A. E., Hovey, L. D., & Wolff, J. C. (2008). Comorbidity as a predictor and moderator of treatment outcome in youth with anxiety, affective, attention deficit/hyperactivity disorder, and oppositional/conduct disorders. *Clinical Psychology Review, 28*(8), 1447-1471.
- Ollendick, T. H., & March, S. (2003). *Phobic and anxiety disorders in children and adolescents: A clinician's guide to effective psychosocial and pharmacological interventions*. Oxford: Oxford University Press.

- Olsson-Jerremalm, A. (1988). Applied relaxation in the treatment of phobias. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 17(2), 97-110. doi: 10.1080/16506078809456265
- Öst, L.-G. (1987). Applied relaxation: Description of a coping technique and review of controlled studies. *Behaviour Research and Therapy*, 25(5), 397-409. doi: 10.1016/0005-7967(87)90017-9
- Öst, L.-G., Cederlund, R., & Reuterskiöld, L. (2015). Behavioral treatment of social phobia in youth: Does parent education training improve the outcome? *Behaviour Research and Therapy*, 67, 19-29. doi: 10.1016/j.brat.2015.02.001
- Öst, L.-G., Jerremalm, A., & Johansson, J. (1981). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 19(1), 1-16. doi: 10.1016/0005-7967(81)90107-8
- Ougrin, D. (2011). Efficacy of exposure versus cognitive therapy in anxiety disorders: Systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 11, 200-200. doi: 10.1186/1471-244X-11-200
- Papay, J. P., & Spielberger, C. D. (1986). Assessment of anxiety and achievement in kindergarten and first-and second-grade children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 14(2), 279-286. doi: 10.1007/bf00915446
- Parslow, R., Morgan, A. J., Allen, N. B., Jorm, A. F., O'Donnell, C. P., & Purcell, R. (2008). Effectiveness of complementary and self-help treatments for anxiety in children and adolescents. *The Medical Journal of Australia*, 188(6), 355-359.
- Paulus, F. W., Backes, A., Sander, C. S., Weber, M., & von Gontard, A. (2015). Anxiety disorders and behavioral inhibition in preschool children: A population-based study. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(1), 150-157. doi: 10.1007/s10578-014-0460-8
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J., & Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, 55(1), 56-64.
- Racicot, G. (2016). *Trouble d'anxiété généralisée à l'enfance: développement, maintien et traitement* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières.
- Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L. E., & Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1181-1191. doi: 10.1016/j.brat.2006.07.015

- Rapee, R. M., & Barlow, D. H. (1991). *Chronic anxiety: Generalized anxiety disorder and mixed anxiety-depression*. New York, NY: Guilford Press.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35(8), 741-756. doi: 10.1016/s0005-7967(97)00022-3
- Rapee, R. M., & Spence, S. H. (2004). The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. *Clinical Psychology Review*, 24(7), 737-767. doi: /10.1016/j.cpr.2004.06.004
- Reijntjes, A., Dekovic, M., & Telch, M. J. (2007). Support for the predictive validity of the SASC-R: Linkages with reactions to an in vivo peer evaluation manipulation. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(7), 903-917. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.10.007
- Reynolds, C. R. (1980). Concurrent validity of What I Think and Feel: The Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(6), 774-775. doi: 10.1037/0022-006X.48.6.774
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1979). Factor structure and construct validity of 'What I Think and Feel': The Revised Children's Manifest Anxiety Scale. *Journal of Personality Assessment*, 43(3), 281-283. doi: 10.1207/s15327752jpa4303_9
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (2008). *Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS-2)*. (2^e éd.). Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Ronen, T. (1997). *Cognitive developmental therapy with children*. New York, NY: J. Wiley.
- Sarver, N. W., Beidel, D. C., & Spitalnick, J. S. (2014). The feasibility and acceptability of virtual environments in the treatment of childhood social anxiety disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 43(1), 63-73.
- Scaini, S., Battaglia, M., Beidel, D. C., & Ogliari, A. (2012). A meta-analysis of the cross-cultural psychometric properties of the Social Phobia and Anxiety Inventory for Children (SPAI-C). *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 182-188.
- Scaini, S., Belotti, R., Ogliari, A., & Battaglia, M. (2016). A comprehensive meta-analysis of cognitive-behavioral interventions for social anxiety disorder in children and adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, 42, 105-112. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.05.008

- Schlenker, B. R., & Leary, M. R. (1982). *Social anxiety and self-presentation: A conceptualization model* [Press release]. Repéré à <http://psycnet.apa.org/journals/bul/92/3/641/>
- Segool, N. K., & Carlson, J. S. (2008). Efficacy of cognitive-behavioral and pharmacological treatments for children with social anxiety. *Depression and Anxiety, 25*(7), 620-631.
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (1998). Comorbidity of anxiety and depression in children and adolescents: An integrative review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 1*(2), 125-144. doi: 10.1023/A:1021887712873
- Seligman, L. D., & Ollendick, T. H. (2011). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 20*(2), 217-238.
- Seligman, L. D., Ollendick, T. H., Langley, A. K., & Baldacci, H. B. (2004). The utility of measures of child and adolescent anxiety: A meta-analytic review of the Revised Children's Anxiety Scale, the State-Trait Anxiety Inventory for Children, and the Child Behavior Checklist. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33*(3), 557-565.
- Shaffer, D., Fisher, P., Dulcan, M. K., Davies, M., Piacentini, J., Schwab-Stone, M. E., ... Regier, D. A. (1996). The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC-2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35*(7), 865-877. doi: 10.1097/00004583-199607000-00012
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C. P., Dulcan, M. K., & Schwab-Stone, M. E. (2000). NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*(1), 28-38. doi: 10.1097/00004583-200001000-00014
- Shaffer, D., Gould, M. S., Brasic, J., Ambrosini, P., Fisher, P., Bird, H., & Aluwahlia, S. (1983). A Children's Global Assessment Scale (CGAS). *Archives of General Psychiatry, 40*(11), 1228-1231.
- Shah, L. B., Klainin-Yobas, P., Torres, S., & Kannusamy, P. (2014). Efficacy of psychoeducation and relaxation interventions on stress-related variables in people with mental disorders: A literature review. *Archives of Psychiatric Nursing, 28*(2), 94-101. doi: 10.1016/j.apnu.2013.11.004

- Shortt, A. L., Barrett, P. M., & Fox, T. L. (2001). Evaluating the FRIENDS Program: A cognitive-behavioral group treatment for anxious children and their parents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(4), 525-535. doi: 10.1207/S15374424JCCP3004_09
- Silverman, W. K., & Albano, A. M. (1996). *The Anxiety Disorders Interview Schedule for Children for DSM-IV: Child and Parent Versions*. San Antonio, TX: Psychological Corporation
- Silverman, W. K., Kurtines, W. M., Ginsburg, G. S., Weems, C. F., Rabian, B., & Serafini, L. T. (1999). Contingency management, self-control, and education support in the treatment of childhood phobic disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(5), 675-687. doi: 10.1037/0022-006X.67.5.675
- Silverman, W. K., Pina, A. A., & 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. doi: 10.1080/15374410701817907
- Silverman, W. K., Saavedra, L. M., & Pina, A. A. (2001). Test-retest reliability of anxiety symptoms and diagnoses with anxiety disorders interview schedule for DSM-IV : Child and parent versions. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(8), 937-944.
- Simon, N. M., Herlands, N. N., Marks, E. H., Mancini, C., Letamendi, A., Li, Z., ... Stein, M. B. (2009). Childhood maltreatment linked to greater symptom severity and poorer quality of life and function in social anxiety disorder. *Depression & Anxiety*, 26(11), 1027-1032. doi: 10.1002/da.20604
- Simpson, H. B. (2010). *Anxiety disorders: Theory, research, and clinical perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Skinner, B. F. (1969). *Contingencies of reinforcement: A theoretical analysis*. New York, NY: Appleton-Century-Crofts.
- Southam-Gerow, M. A., Kendall, P. C., & Weersing, V. R. (2001). Examining outcome variability: Correlates of treatment response in a child and adolescent anxiety clinic. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 30(3), 422-436. doi: 10.1207/s15374424jccp3003_13
- Spence, S. H. (1995). *social skills training: Enhancing social competence with children and adolescents*: NFER-Nelson.

- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy, 36*(5), 545-566. doi: 10.1016/S0005-7967(98)00034-5
- Spence, S. H., Donovan, C. L., & Brechman-Toussaint, M. (1999). Social skills, social outcomes, and cognitive features of childhood social phobia. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(2), 211-221.
- Spence, S. H., Donovan, C. L., & Brechman-Toussaint, M. (2000). The treatment of childhood social phobia: The effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines, 41*(6), 713-726.
- Spielberger, C. D., & Edwards, C. D. (1973). *State-trait Anxiety Inventory for Children: STAIC : How i feel questionnaire : Professional manual*. Redwood City, CA: Mind Garden.
- Stopa, L., & Clark, D. M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behaviour Research and Therapy, 31*(3), 255-267. doi: 10.1016/0005-7967(93)90024-o
- Strauss, C., Lease, C., Last, C., & Francis, G. (1988). Overanxious disorder: An examination of developmental differences. *Journal of Abnormal Child Psychology, 16*(4), 433-443. doi: 10.1007/BF00914173
- Turgeon, L., & Chartrand, É. (2003). Reliability and validity of the Revised Children's Manifest Anxiety Scale in a French-Canadian sample. *Psychological Assessment, 15*(3), 378-383. doi: 10.1037/1040-3590.15.3.378
- Turgeon, L., Chartrand, É., Robaey, P., & Gauthier, A.-K. (2006). Qualités psychométriques de la version québécoise du Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). *Revue francophone de clinique comportementale et cognitive, 11*(3), 1-8.
- Tuschen-Caffier, B., Kühl, S., & Bender, C. (2009). *Soziale Ängste und soziale Angststörung im Kindes- und Jugendalter: Ein Therapiemanual*. Hogrefe Verlag: Gottingen.
- Van Daele, T., Hermans, D., Van Audenhove, C., & Van den Bergh, O. (2012). Stress reduction through psychoeducation: A meta-analytic review. *Health Education & Behavior, 39*(4), 474-485. doi: 10.1177/1090198111419202
- Vasey, M. W. (1995). Social anxiety disorders. Dans A. R. Eisen, C. A. Kearney, & C. E. Schaefer (Éds), *Clinical handbook of anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 131-168). Lanham, MD: Jason Aronson.

- Vasey, M. W., & MacLeod, C. (2001). Information processing factors in childhood anxiety: A developmental perspective. Dans M. W. Vasey & M. R. Dadds (Éds), *The developmental psychopathology of anxiety* (pp. 253-277). New York, NY: Oxford University Press.
- Velting, O. N., Setzer, N. J., & Albano, A. M. (2004). Update on and advances in assessment and cognitive-behavioral treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Professional Psychology: Research and Practice*, 35(1), 42-54.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3(1), 1-14. doi: 10.1037/h0069608
- Weeks, M., Coplan, R. J., & Kingsbury, A. (2009). The correlates and consequences of early appearing social anxiety in young children. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(7), 965-972.
- Wergeland, G. J., Fjermestad, K. W., Marin, C. E., Haugland, B. S., Bjaastad, J. F., Oeding, K., ... Heiervang, E. R. (2014). An effectiveness study of individual vs. group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in youth. *Behaviour Research and Therapy*, 57, 1-12. doi: 10.1016/j.brat.2014.03.007
- Whitmore, M. J., Kim-Spoon, J., & Ollendick, T. H. (2014). Generalized anxiety disorder and social anxiety disorder in youth: Are they distinguishable? *Child Psychiatry and Human Development*, 45(4), 456-463. doi: 10.1007/s10578-013-0415-5
- Wolpe, J., & Lazarus, A. A. (1966). *Behavior therapy techniques: A guide to the treatment of neuroses*. Oxford, NY: Pergamon Press.
- Wood, J. J., Piacentini, J. C., Bergman, R. L., McCracken, J., & Barrios, V. (2002). Concurrent validity of the anxiety disorders section of the anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: Child and parent versions. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 31(3), 335-342. doi: 10.1207/S15374424JCCP3103_05
- Wren, F. J., Scholle, S. H., Heo, J., & Comer, D. M. (2003). Pediatric mood and anxiety syndromes in primary care: Who gets identified? *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 33(1), 1-16.