

COURS ANXIETE ENFANTS ADOLESCENTS

Pr Olivier BONNOT

CHU & Université de Nantes, Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent



olivier.bonnot@chu-nantes.fr



[@BonnotOlivier](https://twitter.com/BonnotOlivier)



www.u2peanantes.org



Définition Phobie

- Dans le cadre des troubles anxieux
- Anxiété déclenchée **EXCLUSIVEMENT** dans la cas d'une situation sans danger **REEL**
- Les situations sont **EVITES**, ou **ENDURES** avec **SOUFFRANCE**

Phobies Spécifiques / Maturative

- Normale dans le développement
 - BB = Imprévus et soudains
 - 1 an = nouveauté
 - Préscolaire = animaux, obscurités, « monstres »
 - Scolaire = + maladies, soins, orage, mort.... / situations (transport, tunnels, avion...etc)

- Phobie du noir normale a 2-3 ans
- Phobie des animaux normale a 6-7 ans
- Phobie du sang vers 9 ans
- Phobie des examens normale a l'adolescence

Diminution progressive jusqu'à l'adolescence (petite recrudescence a 9-11 ans)

L'ANXIETE CHEZ L'ENFANT

- L'anxiété est une composante **normale** du développement nécessaire à la survie, au développement du contrôle, à l'acquisition de la conscience morale.
- Partie du **processus maturatif** devant les inévitables conflits et changements du développement. Sépa
 - Peur de tomber (à la naissance)
 - Rumeurs soudaines (4-6 mois)
 - Peur de l'étranger à 8 mois
 - Peur du noir (18 mois – 2 ans)
 - Phobie des petits animaux vers 4-5 ans
 - Rituels du coucher vers 5-7 ans
 - Peur de l'échec/ peur de la mort vers 8 ans
 - Érythrophobie / peur du changement du corps à l'adolescence
- La maîtrise s'acquiert → Imagination / connaissance / expérience

Une phobie spécifique est une peur persistante et intense à caractère irraisonné ou excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou à une situation spécifique.

Le diagnostic de phobie spécifique repose avant tout sur des critères d'ordre quantitatif (persistance, sévérité) et sur le retentissement sur le fonctionnement personnel, familial et social de l'enfant.

L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation .L'enfant reconnaît généralement le caractère excessif ou irrationnel de la peur. Les situations phobogènes sont évitées ou vécues avec une anxiété ou une détresse intense. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans les situations redoutées perturbent de façon importante le fonctionnement

- type animal :la peur est induite par les animaux ou les insectes
- type environnement naturel :la peur est induite par l'eau, les orages,les hauteurs ..
- type sang injection accident : la peur est induite par la vue du sang,par la peur d'un geste médical invasif(injection)ou la peur d'un accident. Cette phobie est souvent accompagnée d'une réaction vaso-vagale intense
- type situationnel : les situations qui déclenchent la peur sont les transports publics, les tunnels, les ponts, les ascenseurs, les voyages aériens, les endroits clos , et plus tard chez l'adulte ce peut être aussi de conduire une voiture
- autres. Parmi ces autres situations, la littérature évoque des phobies singulières comme la phobie de l'eau chaude, la phobie des poupées, ou la phobie du sommeil

Une phobie spécifique à part : la néo-phobie alimentaire

- quasiment inexistante avant l'âge de 2 ans, elle se manifeste de manière physiologique à partir de 2 ans., protégeant l'enfant puisque lui empêchant de goûter n'importe quoi (en particulier des matières non comestibles)
- La période où elle est le plus marquée est entre 4 et 7 ans puis elle s'atténue. Le refus concerne les aliments nouveaux ou des catégories de nourriture, en fonction du goût, de la texture, de l'odeur, de la consistance ou de la couleur avec au fil du temps ,s'il perdure, une évolution vers une restriction importante du répertoire d'aliments acceptés .

C'est une pathologie de la diversification alimentaire qui peut avoir des conséquences alimentaires voire pathologiques

Une phobie spécifique à part : la phobie de la déglutition

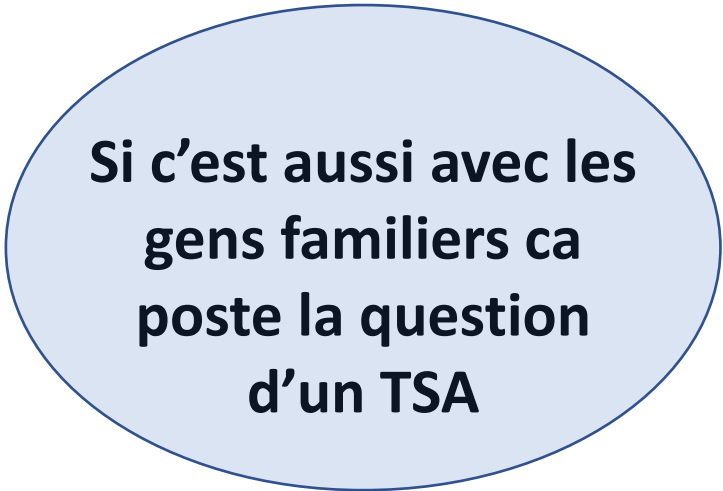
- dysphagie psychogène, dysphagie fonctionnelle, phagophobie. , trouble alimentaire post traumatique et en langue anglaise « choking phobia » (« phobie de s'étrangler »).)
- Quasi toujours après une sorte de fixation suite à un évènement traumatique de déglutition
- Peut avoir des conséquences importantes (alimentation mixée, restriction alimentaire...)

Retentissement familial majeur (complaisance, forçage...)

C'est une pathologie proche du PTSD, son Dg différentiel est l'anorexie mentale

Phobie Sociale

- L'anxiété des premières expériences sociales est banale.
- Définition : peur persistante et intense de situations sociales ou de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens **non familiers**. Le sujet craint d'agir de façon embarrassante ou humiliante .



Si c'est aussi avec les
gens familiers ça
pose la question
d'un TSA

Agoraphobie

- l'anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquelles on ne pourrait pas trouver de secours en cas d'attaque de panique ,soit inattendue, soit facilitée par certaines situations. Les peurs agoraphobiques regroupent les situations caractéristiques incluant le fait de se trouver seul en dehors de son domicile, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus,un train ou une voiture
- Les situations sont soit évitées soit subies avec une souffrance intense ou avec la crainte d'avoir une attaque de panique .L'agoraphobie entraîne toujours une limitation des déplacements et le besoin d'être accompagné en dehors du domicile.L'agoraphobie peut exister seule ou en coexistence avec un **trouble panique**

Trouble Panique

- crise d'anxiété paroxystique aiguë, de survenue brutale et d'évolution brève. L'accès survient brutalement, de façon imprévisible, sans facteur déclenchant, sans rien qui ait pu effrayer l'enfant. Durant cette phase de malaise intense surviennent les symptômes suivants : palpitations, tachycardie, sueurs, tremblements ou secousses musculaires, sensation de souffle coupé ou impression d'étouffements, sensation d'étranglement, douleur ou gêne thoracique, nausée, douleur abdominale, sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement, fourmillements dans les extrémités (paresthésies) ou même frissons ou bouffées de chaleur. Ces symptômes physiques donnent au sujet l'impression que son corps est gravement malade, qu'il est en train de mourir.
- Dans d'autres cas les symptômes sont plus psychologiques : déréalisation ou dépersonnalisation (sensation de perte de réalité, ou de changement de personnalité), peur de mourir, peur de devenir fou, peur de perdre le contrôle de soi. L'attaque de panique cesse aussi rapidement qu'elle est survenue, laissant le sujet inquiet, perplexe et dans la crainte qu'un nouvel accès se reproduise, crainte se renforçant par la répétition des attaques de panique. Les attaques de panique surviennent indépendamment du lieu où se trouve l'enfant : la cour de récréation, la salle de classe, la rue, le domicile, le club de sport.
- Le trouble panique se caractérise par la répétition d'attaques de panique récurrentes et inattendues. Dans ce contexte le sujet vit dans l'appréhension de la survenue d'autres attaques de panique, et /ou vit dans la préoccupation des conséquences négatives de ces crises.

Phobie Scolaire = Refus Scolaire

- Evidemment, historiquement, lié a la scolarisation obligatoire 😊
- Le concept de refus scolaire anxieux n'est plus d'actualité (tous les troubles anxieux, y compris phobiques, peuvent être dans le refus scolaire)

- l'enfant présente une détresse émotionnelle au moment d'aller à l'école, de type anxiété, dépression, colères ou signes somatiques. Les parents connaissent l'absentéisme et l'enfant les supplie de le laisser à la maison. L'enfant n'a pas de comportement antisocial. L'enfant exprime son souhait de travailler et fait du travail scolaire à la maison. Pendant l'horaire scolaire l'enfant reste à la maison car il s'y sent mieux.
- Dans l'école buissonnière, l'enfant n'exprime pas d'anxiété ou de dépression. Il présente des troubles du comportement antisociaux, et fréquente des pairs antisociaux. Il cache ses absences à ses parents, ne manifeste pas d'intérêt pour le travail scolaire et durant l'horaire scolaire il est rarement à la maison.

TROP SIMPLE

Refus scolaire pour de bon

- L'étude de Mc Shane : n=192 adolescents de 11 à 17 ans adressés pour rupture scolaire. Dg les troubles de l'humeur, les troubles anxieux mais aussi les troubles du comportement : dépression majeure pour plus de 30%, dysthymie dans 25%, trouble oppositionnel pour 24%, anxiété de séparation pour 23%
- L'étude de Egger: n=4500 enfants Dg : 2% refus anxieux de l'école, 6,2% « école buissonnière », et 0,5% de formes mixtes. Les trois formes sont associés à des désordres psychiatriques ; le refus scolaire anxieux est associé avec la dépression, et l'anxiété de séparation ; l'école buissonnière est associé avec le trouble oppositionnel, le trouble des conduites et la dépression. Les enfants présentant une forme mixte souffrent d'un trouble psychiatrique dans 82% des cas.

Aucun motif d'entrée ne s'excluent l'un l'autre tous sont en rapport avec des troubles psychopathologiques.

Refus scolaire = toute forme d'absenteisme partiel

- L'étude de Mc Shane : n=192 adolescents de 11 à 17 ans adressés pour rupture scolaire. Dg les troubles de l'humeur, les troubles anxieux mais aussi les troubles du comportement : dépression majeure pour plus de 30%, dysthymie dans 25%, trouble oppositionnel pour 24%, anxiété de séparation pour 23%
- L'étude de Egger: n=4500 enfants Dg : 2% refus anxieux de l'école, 6,2% « école buissonnière », et 0,5% de formes mixtes. Les trois formes sont associées à des désordres psychiatriques ; le refus scolaire anxieux est associé avec la dépression, et l'anxiété de séparation ; l'école buissonnière est associée avec le trouble oppositionnel, le trouble des conduites et la dépression. Les enfants présentant une forme mixte souffrent d'un trouble psychiatrique dans 82% des cas.

Plus l'absenteisme est long moins le pronostic est bon

La forme grave le refus scolaire avec phobie scolaire

- Anxiété de séparation = ne pas oublier les douleurs physiques
- Anxiété généralisée
- Phobie sociale
- TOC
- Anxiété de Performance
- Troubles des apprentissages....
- L'enfant perfectionniste
- Précocité Intellectuelle
- PTSD
- TCA

Absentéisme partiel

- 1-3% des enfants scolarisés (pic: 5-6 ans; pré-adolescence, adolescence)
 - Apparition progressive d'un refus non rationnel de se rendre à l'école avec angoisse intense si on force l'enfant
 - Anticipation anxieuse avec symptomatologie selon les rythmes scolaires
 - Rassuré à la maison où au début il peut continuer à travailler
 - +/- s. anxieux secondaires : obsessions, somatisations, dépression)
- Contexte familial anxieux, mère surprotectrice
- Pathologie à évolution non favorable. Nécessite une prise en charge spécialisée
 - Risque de déscolarisation, complications dépressives

L'ANXIETE

- **Peur** = émotion liée à un objet ou une situation précise
- **Anxiété** = affect pénible associé à une attente d'un événement imprévu mais vécu comme désagréable ou menaçant
- **Angoisse** = sensation d'extrême malaise accompagnée de manifestations somatiques neurovégétatives

L'ANXIETE CHEZ L'ENFANT (II)

Cognitifs	Comportementaux	Somatiques
Craintes	Instabilité	Cardio-vasculaires
Nervosité	Collant	Cutanés
Stress	Dépendance	Musculo-articulaires
Perfectionnisme	Timidité/Retrait	Gastro-intestinaux
Défaitisme	Plaintes	Respiratoires
Inattention	Réticence	Céphalées
Indécision	Évitement	Nausées

L'ANXIETE CHEZ L'ENFANT (II)

- La persistance, l'intensité et son retentissement sur le développement et la vie de l'enfant signent la **pathologie**
→ trouble anxieux
- Signes généraux d'anxiété :
 - Comportements d'évitement / perfectionnisme / indécision / procrastination / plaintes somatiques
- Signes d'anxiété à l'école :
 - Absences / difficultés d'apprentissage / inattention / difficultés dans les activités sociales / difficultés à montrer ses connaissances / difficultés d'apprentissage

EPIDEMIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX

Parmi les troubles les plus fréquents dans l'enfance
12-20% des enfants

Peu identifiés, mal compris, mal soignés

- Anxiété généralisée
- Angoisse de séparation
- Crise d'angoisse aiguë / attaque de panique
- Troubles phobiques
- Troubles obsessionnels compulsifs
- Troubles hystériques

ANXIETE DE SEPARATION

- P=2-8%. Très fréquente chez les enfants pre-pubères. Pic à l'entrée en 6ème. Normale dans les premières années de vie
- Liens avec des parents anxieux
- Angoisse excessive aux :
 - **Séparations** (fréquente anticipation anxieuse)
 - **Éloignements**
- Se manifeste par
 - Pleurs, colères et résistance à la séparation
 - Manifestations somatiques (céphalées, nausées, douleurs)
 - Ruminations, sentiments de danger (peur de catastrophe)
 - Cauchemars et attitudes régressives (dormir avec les parents, demande de présence constante de l'adulte)

ANXIETE GENERALISEE

- P = 3-7%. Surtout chez les premiers nés et enfants uniques. Plus les garçons durant l'enfance.
 - Anxiété normale vs envahissement, retentissement fonctionnel
 - Sentiment permanent d'appréhension, d'inquiétude globale, de tension, avec peur des événements à venir
 - Plaintes somatiques répétées
 - Fatigabilité, difficulté de concentration → incapacité de fonctionner au niveau de leur intelligence
 - Besoins d'être rassuré en permanence par l'adulte qui doit rester à proximité.
- Questions anxieuses
- Enfants consciencieux
 - Troubles du sommeil
 - Irritabilité, colères, caprices,
 - Épisodes aigus lors des changements (entrée à l'école, déménagements)

CRISES D'ANGOISSE / TROUBLE PANIQUE

- Plus rare. <1% chez l'enfant. Pic entre 15 et 19 ans.
- Répétition des crises → Trouble panique
- **Attaques inattendues, paroxystiques** associant:
 - Signes neurologiques (tremblements, secousses, vertiges)
 - Signes vasomoteurs (sueurs, bouffées de chaleur, malaises)
 - Signes somatiques (tachycardie, palpitations, nausée, étouffement, douleurs thoraciques)
 - Signes psychiques (sentiment d'étrangeté, perte du contact avec la réalité, peur de devenir fou, de mourir)
- **Enfants jeunes**: somatisations ++, difficile à rassurer (terreur nocturne)
- **Adolescents**: extériorisation de l'angoisse dans le comportement → crises de colère, exigences excessives, fugues → réactions entourage
- Risque de chronicisation, complications dépressives, troubles du comportement, utilisation de toxiques à visée anxiolytique

TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

- P= 1-2%. Pic à l'adolescence
- **Obsessions**: idées intrusives et récurrentes qui s'imposent au sujet avec un malaise anxieux. L'enfant ne peut pas s'en défaire.
Ex: Attraper une maladie / mort d'un proche,
- **Compulsions** : rituels, comportements répétitifs soumis à des règles inflexibles pour soulager l'angoisse suscitée par les obsessions
Ex: Rituels de lavage, répétitions de phrases conjuratoires
- Lutte anxieuse contre les symptômes reconnus par l'enfant comme excessifs et déraisonnables. Interférence avec sa vie
- Personnalité: insécurité, doutes, réactions caractérielles
- Environnement familial obsessionnel et rigide. Souvent les symptômes sont entretenus par l'entourage

TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

- Pathologie **invalidante**
- **T.O.C.** : définis comme une pensée contraignante et réprouvée qui s'impose malgré lui au sujet (**obsession**), ou comme une action que le sujet se sent obligé de répéter avec souvent un thème de vérification ou de lavage (**compulsion**).
- **Obsession** : idée intrusive et récurrente qui s'impose au sujet, avec un sentiment de malaise anxieux
- **Compulsions** : comportements répétitifs, rituels soumis à des règles inflexibles, pour soulager l'angoisse suscitée par les obsessions
- Chez l'adolescent, obsessions et compulsions sont reconnues comme excessives et déraisonnables ; ce n'est pas toujours le cas chez l'enfant.
- **1 à 2%** de la population infanto-juvénile
- Débute souvent **entre 12 et 18 ans**

TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS

- Survient parfois à la suite d'un événement déclenchant apparemment banal
- **Idées obsessionnelles, angoisse, compulsions, actes répétitifs**
- Le rituel, accompli de façon répétitive, soulage partiellement l'angoisse, mais devient lui-même impératif.
- Les obsessions et les compulsions interfèrent avec la vie courante de l'enfant, sa scolarité...
- **Retentissement familial** important ++
L'environnement familial est souvent lui-même « obsessionnalisé », avec un fonctionnement rigide
- Prise en charge :
 - * Nécessité d'un avis spécialisé
 - * Psychothérapie (TCC) +/- traitement médicamenteux

TROUBLES HYSTERIQUES

- Manifestations somatiques (sans substratum) par lesquelles l'enfant exprime une conflictualité inconsciente.
- Langage du corps à valeur symbolique :
 - Boiterie, paralysie, spasmes, douleurs
 - Troubles de la parole: aphonie, mutisme
 - Céphalées, douleurs abdominales
 - Cécité
- Impossibilité de mentaliser la souffrance. Échappe au contrôle de l'enfant. A différencier de:
 - Somatisations → traduction corporelle de l'angoisse de l'enfant
 - Simulation → volontaire
 - Les «bénéfices secondaires »
 - Besoin d'attention normale lors de certains moments du développement
- Exploration somatique nécessaire. L'absence de cause organique ne doit pas faire banaliser le trouble
- Importance du contexte d'apparition (dynamiques familiales, Imitation et contamination des adultes)

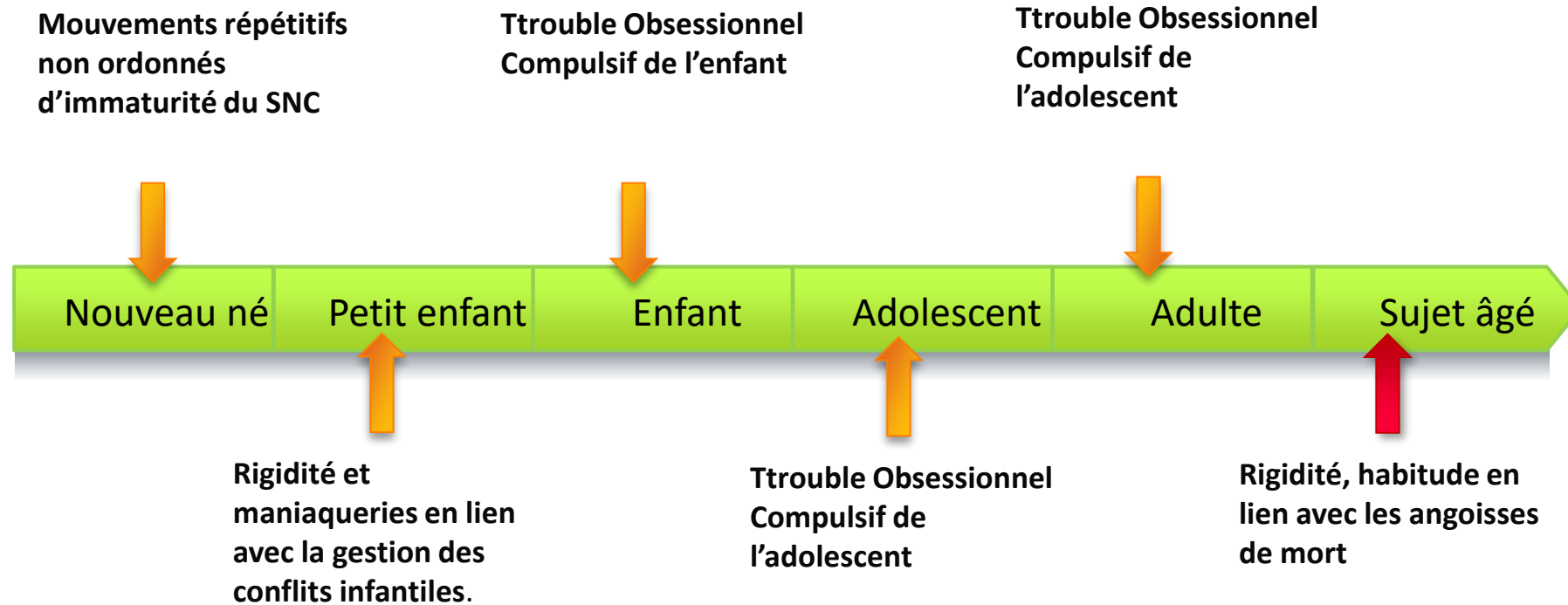
TROUBLES DE L'ADAPTATION

- **Etat de détresse et de perturbation émotionnelle** entravant le fonctionnement habituel de l'enfant.
- Surviennent en réaction à un **changement existentiel important** ou à un **évènement stressant** :
- Une forme particulière : **Syndrome de Stress Post-Traumatique**:
 - Réviviscence répétée de l'évènement
 - Troubles du sommeil (cauchemars, réveils)
 - Émoussement affectif, détachement, anhédonie
 - Crises d'angoisse
 - Hyperactivité neurovégétative avec état d'hyper vigilance
 - Éléments dépressifs et troubles du comportement (selon l'âge)
- Évolution fluctuante, globalement favorable, mais risque de retentissement psycho-social important

ERREURS DIAGNOSTIQUES

Pathologies somatiques qui miment l'anxiété	Médicaments qui produisent anxiété
Hypoglycémie Hyperthyroïdisme Arythmies cardiaques Phéochromocytome Excès de caféine Épilepsies Migraines Troubles cérébraux	Anti-histaminiques Anti-asthmatiques Sympathicomimétiques Stéroïdes Anti-psychotiques

Prendre compte du développement dans l'analyse des symptômes



Les mêmes symptômes peuvent être interprétés différemment en fonction de l'âge développemental du sujet

ETIOLOGIE DES TROUBLES ANXIEUX

- Facteurs tempéramentaux
 - Facteurs génétiques
 - Facteurs neurobiologiques
 - Facteurs environnementaux
 - Évènements négatifs durant des périodes vulnérables
 - Traumatismes
 - Stress parental
- Prédisposition
à l'hyper-réactivité
physiologique**

PRINCIPES D'INTERVENTION

■ Prévention

- Repérage précoce → Prévention secondaire
- Évaluation approfondie : types, facteurs de maintien, environnement, somatiques, comorbidité, chronicisation
- Accompagnement des parents

■ Principes

- Soulager les symptômes → réduire le stress associé
- Minimiser les problèmes associés → réduire les complications

■ Interventions:

- Démystifier → expliquer les origines, éléments concrets
- Relaxation → développer des compétences adaptatives
- Désensibilisation → développer des compétences adaptatives
- Expression émotionnelle
- Pharmacothérapie

CONSEILS POUR LES ENFANTS ANXIEUX

- Routines: établir des habitudes quotidiennes
- Prévisibilité: dire des phrases rassurantes
- Changements : introduire un changement à la fois
- Anticipation : aider l'enfant à imaginer à l'avance des stratégies pour faire face aux situations
- Si les changements importants sont inévitables :
 - Démontrer la situation en plusieurs temps et développer des stratégies d'adaptation pour chaque temps
 - Mettre les différents temps de la situation en perspective et en ordre de préoccupation
 - Si possible, faire des preuves pratiques

Désensibilisation avec renforcement des comportements adaptés

- Systématique : série d'étapes simples → du plus facile au plus difficile
- Augmenter le sentiment de contrôle de l'enfant et les chances de réussite
- Réduire l'anxiété d'anticipation par une confrontation précoce avec la peur → exposition régulière et planifiée
- Comportements clairs et non multiples
- Récompense immédiate après le comportement
- Faire une charte des changements avec des objectifs limités
- Encouragement parental
- Ne pas favoriser l'évitement d'une situation quand l'anxiété est élevée

Relaxation

- Respiration abdominale
- Relaxation musculaire progressive :
 - Apprentissage de la différence entre états de tension et de relaxation → relaxation sans tension des muscles
- Exercice de respiration
 - Tâches mentales qui demandent une attention et interfèrent avec les préoccupations

Visualisation

- Situations agréables pour détourner l'attention
- Effort d'imagination avec sensations somatiques
- Caractère rassurant de la scène imaginée

Expression émotionnelle

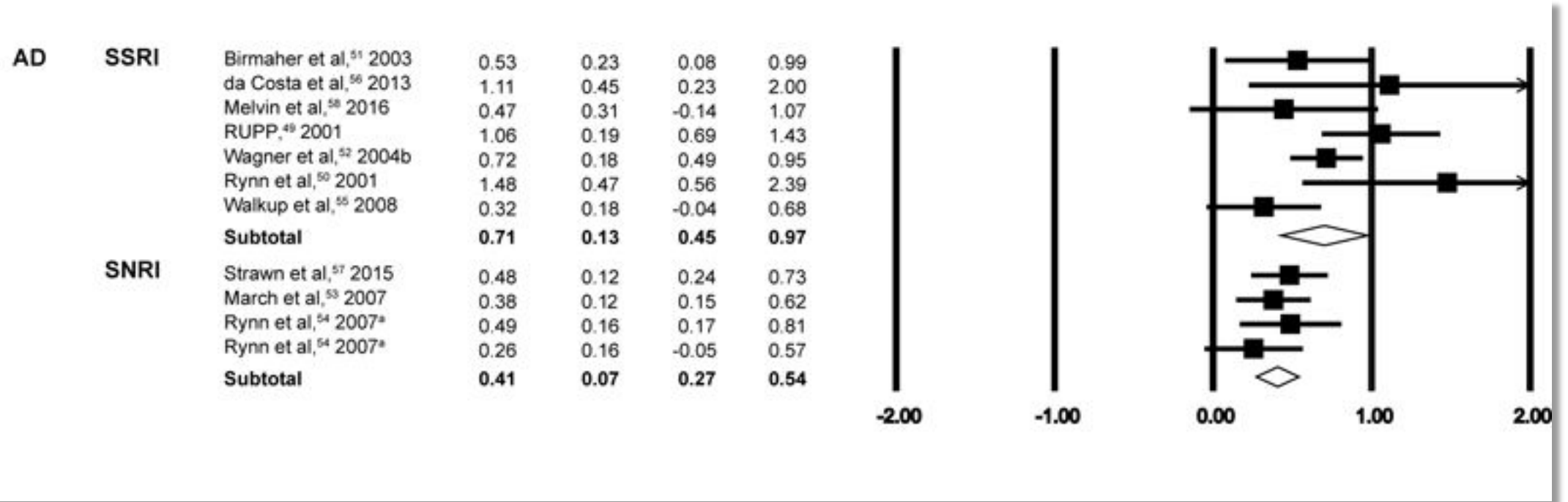
- Etiquetage émotionnelle
 - Aide à externaliser et reconnaître l'anxiété
 - Distinguer entre l'enfant et le problème
 - Aide les parents à soutenir l'enfant contre l'anxiété plutôt que se mettre en colère
- Examen de réalité : vrai danger ou anxiété
 - Quelle probabilité que l'évènement se produise?
 - Quelles explications alternatives?
 - Et si cela arrive, quelles conséquences et comment y faire face?
 - Qu'est ce qu'il est possible de faire ? Et si rien peut être fait, comment faire pour détourner mon attention?

Distorsions cognitives des enfants anxieux

- Inférences arbitraires : sans évidences réelles
- Abstraction sélective : attention à des détails hors contexte
- Hyper généralisation : conclusions de situations uniques
- Minimisation ou magnification des situations possible
- Pensée dichotomique
- Personnalisation des évènements
- Raisonnement émotionnel : sentiments = réalité
- Erreurs d'attribution, erreur de changement, erreur de justice, erreur de critères absolus

Quand utiliser les médicaments?

- En association avec les stratégies psychothérapeutiques
- Faciliter la confrontation avec les peurs
- Réduire les symptômes somatiques les plus pénibles
- Réduire l'anxiété pour réduire les interférences avec les activités quotidiennes
- Réduire les conséquences des problèmes d'anxiété prolongés et non traités
- Traiter les troubles anxieux qui répondent particulièrement bien à la pharmacothérapie : TOC
- IRSS, nouveaux anti-dépresseur, Buspirone, anxiolytiques

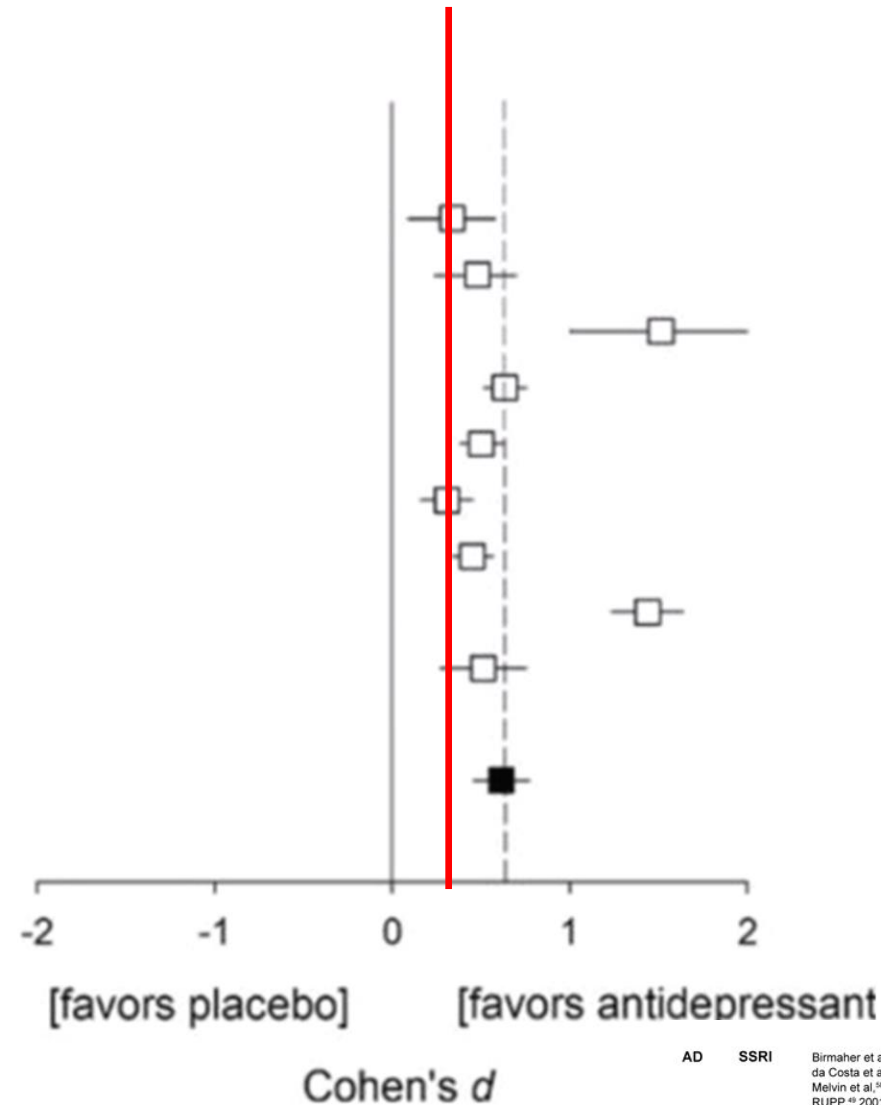


Medication

Study

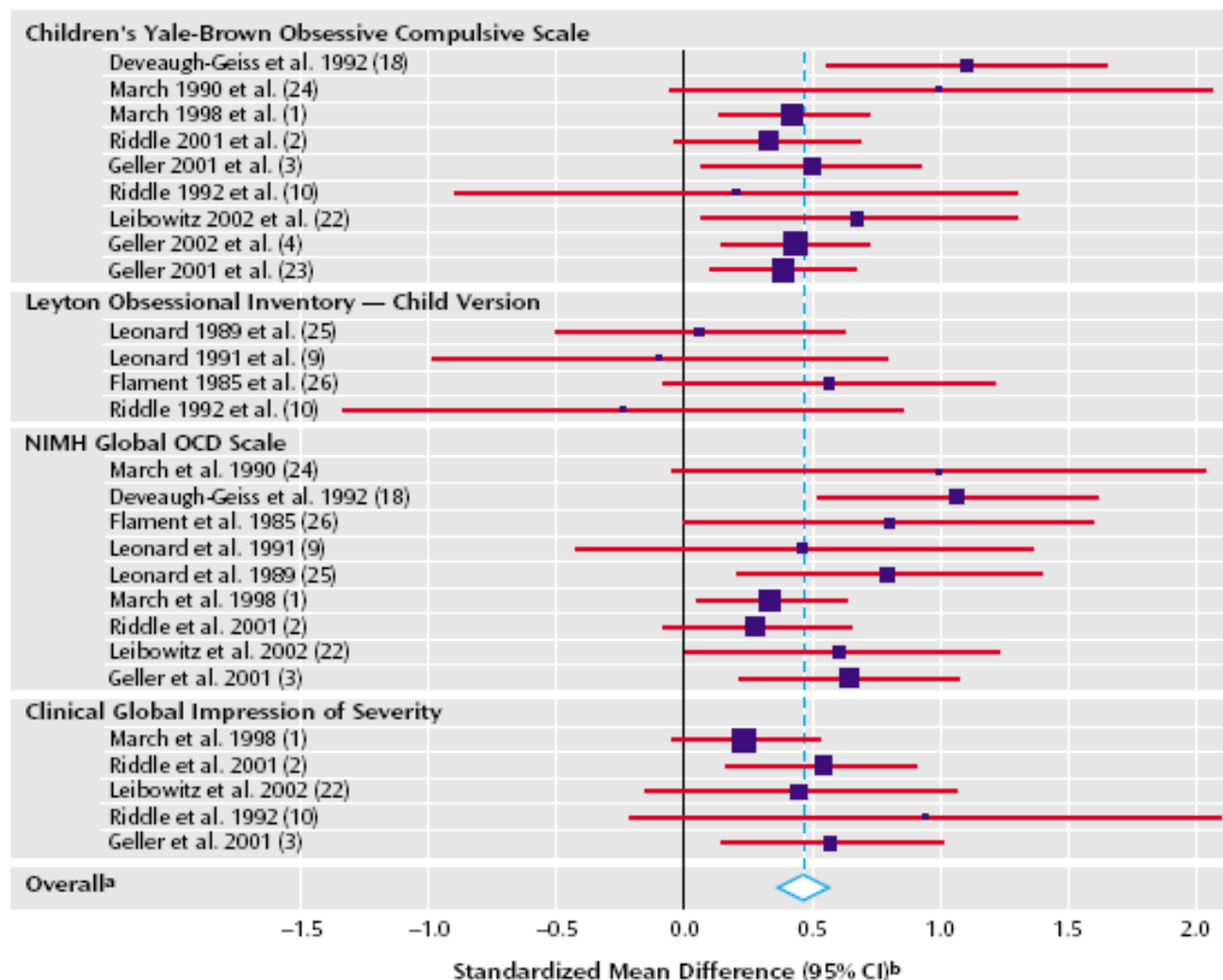
<u>fluoxetine</u>	Beidel et al, 2007
duloxetine	Strawn et al, 2013
sertraline	Rynn et al, 2001
paroxetine	Wagner et al, 2004
venlafaxine	March et al, 2007
<u>sertraline</u>	Walkup et al, 2008
venlafaxine	Rynn et al, 2007
fluvoxamine	RUPP, 2003
fluoxetine	Birmahar et al, 2003

Overall effect size
 $d = 0.62, p = 0.009$



AD	SSRI	Birmahar et al, ⁵¹ 2003	0.53	0.23	0.08	0.99
		da Costa et al, ⁵⁶ 2013	1.11	0.45	0.23	2.00
		Melvin et al, ⁵⁸ 2016	0.47	0.31	-0.14	1.07
		RUPP, ⁴⁹ 2001	1.06	0.19	0.69	1.43
		Wagner et al, ⁵⁴ 2004b	0.72	0.18	0.49	0.95
		Rynn et al, ⁵⁰ 2001	1.48	0.47	0.56	2.39
		Walkup et al, ⁵⁰ 2008	0.32	0.18	-0.04	0.68
		Subtotal	0.71	0.13	0.45	0.97
	SNRI	Strawn et al, ⁵⁷ 2015	0.48	0.12	0.24	0.73
		March et al, ⁵³ 2007	0.38	0.12	0.15	0.62
		Rynn et al, ⁵⁴ 2007*	0.49	0.16	0.17	0.81
		Rynn et al, ⁵⁴ 2007*	0.26	0.16	-0.05	0.57
		Subtotal	0.41	0.07	0.27	0.54

FIGURE 1. Effect Size of Change in Outcome Measures in 12 Randomized, Controlled Trials Included in a Meta-Analysis of Pharmacotherapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)



^a Pooled standardized mean difference=0.46, 95% CI=0.37 to 0.55, z=9.87, p<0.001. Heterogeneity $\chi^2=27.37$, df=26, p=0.39.

Efficace
sur le TOC

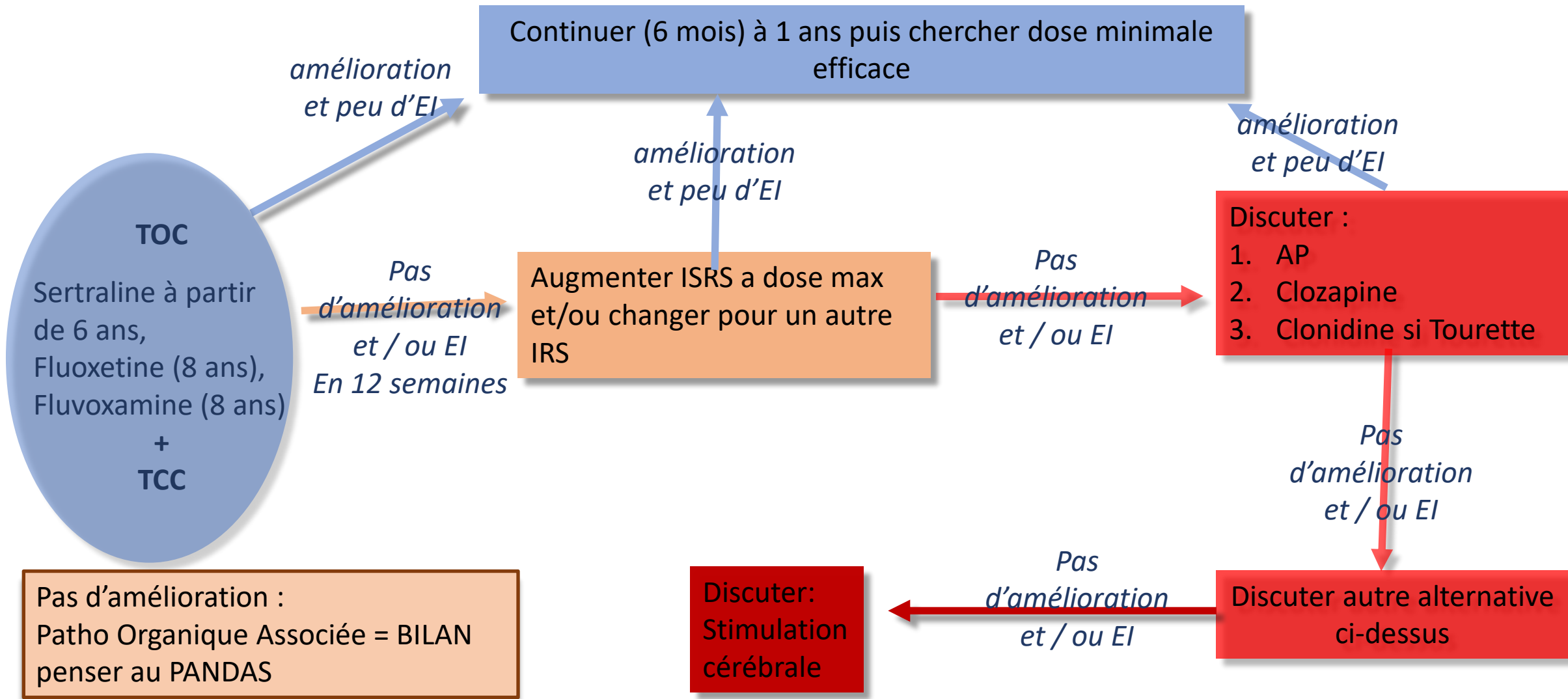
ES = 0.46
modérée

CLOM Anafranil
>
SSRI

Stratégie thérapeutique médicamenteuse dans les TOC, l'anxiété et le Tourette

Adapté par O. Bonnot de NICE 2010 et HAS et Bloch JAACAP 2015

L'association avec une psychothérapie, préférentiellement TCC si très handicapant, est **IMPERATIVE**



TICs

Tableau 40-III Approche pharmacologique dans le traitement des tics [80].

	Support empirique	Doses de début (mg)	Doses thérapeutiques (mg/j)
<i>Neuroleptiques</i>			
Halopéridol	A	0,25-0,5	1-4
Pimozide	A	0,5-1,0	2-8
Rispéridone	A	0,25-0,5	1-3
Fluphénazine	B	0,5-1,0	1,5-10
Tiapride	B	50-150	150-500
Olanzapine	C	2,5-5,0	2,5-12,5
Sulpiride	C	100-200	200-1 000
Aripiprazole	C	2,5-5,0	10-20
<i>Autres</i>			
Clonidine	B	0,0025-0,05	0,1-0,3
Guanfacine	B	0,5-1,0	1-3
Toxine botulique	B	30-300 U/site d'injection	
Tétrabénazine	C	12,5-25	25-150
Baclofène	C	10	40-60
Patch de nicotine	C	7	7-21
Mécamylamine	C	2,5	2,5-7,5

Niveaux de preuve : *catégorie A* : évidence bonne concernant l'efficacité et la tolérance à court terme, fondée sur au moins deux études randomisées contre placebo ; *catégorie B* : évidence moyenne concernant l'efficacité et la tolérance à court terme, fondée sur au moins une étude randomisée contre placebo ; *catégorie C* : évidence minimale concernant l'efficacité et la tolérance à court terme, fondée sur des études ouvertes et l'expérience clinique cumulative.

CONCLUSIONS

- Les troubles anxieux sont très fréquents, mais insuffisamment diagnostiqués
- Peuvent produire des conséquences importantes dans des nombreux domaines
- Penser à l'équilibre : stratégies d'adaptation
- Le traitement est souvent multimodal
- Les IRSS et les nouveaux AD sont les traitements médicamenteux de choix