

AOÛT 2022 – VOL. 12 N° 1

EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE COGNITIVO- COMPORTEMENTALE CHEZ LES JEUNES SOUFFRANT DE TROUBLES ANXIEUX ET DU DÉFICIT D'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ EN COMORBIDITÉ : UNE RECENSION SYSTÉMATIQUE

Caroline ROY-POTVIN¹, Audrey DUFOUR¹, Guillaume FOLDES-BUSQUE^{1,2,3}, Stéphane TURCOTTE², & Isabelle DENIS^{1,3,4*}

¹École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

²Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches, Québec

³Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), Québec

⁴Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF),
CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec QC, Canada

*isabelle.denis@psy.ulaval.ca

Pour citer l'article

Roy-Potvin, C., Dufour, A., Foldes-Busque, G., Turcotte, S., & Denis, I. (2022). Efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale chez les jeunes souffrant de troubles anxieux et du déficit d'attention avec hyperactivité en comorbidité : une recension systématique. *Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 12(1), 7-22.

Droits d'auteur

© 2022 Roy-Potvin, Dufour, Foldes-Busque, Turcotte & Denis. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.

Articles

EFFICACITÉ DE LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE CHEZ LES JEUNES SOUFFRANT DE TROUBLES ANXIEUX ET DU DÉFICIT D'ATTENTION AVEC HYPERACTIVITÉ EN COMORBIDITÉ : UNE RECENSION SYSTÉMATIQUE

Carolane ROY-POTVIN¹, Audrey DUFOUR¹, Guillaume FOLDES-BUSQUE^{1,2,3}, Stéphane TURCOTTE², & Isabelle DENIS^{1,3,4*}

¹École de psychologie, Université Laval, Québec, QC, Canada

²Centre de recherche du CISSS de Chaudière-Appalaches, Québec

³Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec (IUCPQ), Québec

⁴Centre de recherche universitaire sur les jeunes et les familles (CRUJeF), CIUSSS de la Capitale-Nationale, Québec QC, Canada

*isabelle.denis@psy.ulaval.ca

Résumé

La comorbidité d'un trouble anxieux (TA) chez les enfants ayant un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) est fréquente, avec une prévalence variant entre 25 % des jeunes de la population générale et 40 % des jeunes de la population clinique. À ce jour, la thérapie cognitive et comportementale (TCC) est le traitement recommandé pour traiter les TA chez ces enfants. Toutefois, il semble que la présence d'un TDAH pourrait nuire à l'efficacité de la TCC communément prescrite, mais la littérature offre des données divergentes à ce jour. Cette recension systématique des écrits scientifiques vise à décrire l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux chez les jeunes âgés de 4 à 18 ans souffrant de TA et du TDAH en comorbidité comparativement aux jeunes qui présentent uniquement des troubles anxieux. Pour ce faire, la recension systématique se base sur les lignes directrices du *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (Moher et al., 2009). Les données recensées montrent une réduction significative des symptômes anxieux chez les enfants qui présentent un TA et un TDAH en comorbidité, qui serait comparable à l'efficacité de la TCC auprès des enfants atteints de TA seulement. La participation parentale ainsi que les adaptations de la TCC pour pallier les difficultés associées au TDAH pourraient contribuer à expliquer ces résultats.

Mots-clés : troubles anxieux, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité, thérapie cognitivo-comportementale, enfants, adolescents

Abstract

Anxiety disorder (AD) comorbidity in children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is common, with a prevalence ranging from 25 % of youth in the general population to 40 % of youth in the clinical population. Cognitive-behavioral therapy (CBT) is the recommended first line psychotherapy for children with anxiety disorders. However, the presence of comorbid ADHD may affect the response to CBT for anxiety. This systematic review aims to assess whether and how the presence of comorbid ADHD affects the efficacy of CBT for AD in children aged 4 to 18 years. A systematic review of the literature was conducted according to the guidelines of the *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA; Moher et al., 2009). The narrative review of the selected studies indicates a significant reduction of anxiety symptoms in children with comorbid AD and ADHD that appears similar to the one observed in children without comorbid ADHD. Parental participation and ADHD-specific adaptations to CBT may explain these results.

Keywords: anxiety disorders, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), cognitive-behavioral therapy, children, adolescent

À notre connaissance, aucune revue systématique ni aucune méta-analyse n'a été conduite sur l'efficacité de la TCC auprès des enfants souffrant de troubles anxieux (TA) et du trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) en comorbidité à ce jour. En 2014, Halldorsdottir et Ollendick ont considéré réaliser une méta-analyse, mais se

sont limités à une revue narrative, compte tenu du nombre restreint d'études portant sur le sujet à cette époque. Cette revue portant sur l'efficacité de la TCC chez les jeunes de 7 à 19 ans présentant un TA et un TDAH comorbides, ou un TA et un trouble du comportement (trouble oppositionnel avec provocation ou trouble des conduites) incluait au

total 10 études (Halldorsdottir et Ollendick, 2014). Parmi ces études, six évaluaient l'efficacité de la TCC chez les jeunes souffrant également de symptômes associés au TDAH ou de ce trouble diagnostiqué, comparativement aux jeunes souffrant exclusivement de TA. Dans leur revue, les auteurs ont mis en évidence une réduction de l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux chez les jeunes souffrant du TDAH comorbide, comparativement aux jeunes souffrant uniquement de TA. Depuis, la littérature scientifique portant sur l'efficacité de la TCC auprès des enfants souffrant de TA et du TDAH en comorbidité s'est étendue. Ainsi, la présente recension systématique permettra d'inclure les études plus récentes. De plus, elle s'attardera aux facteurs pouvant influencer (modérer) l'efficacité du traitement qui ne sont pas encore documentés à ce jour, notamment l'implication parentale et l'adaptation de la TCC. L'impact potentiellement favorable de la TCC pour les troubles anxieux sur les symptômes associés au TDAH sera également évalué. En conclusion, la présente recension permettra de faire une mise à jour complète sur l'efficacité de la TCC auprès des enfants souffrant de cette comorbidité et de recenser les différents modérateurs potentiels de l'efficacité de la TCC auprès de cette population clinique.

Introduction

Entre 25 % des jeunes de la population générale et 40 % des enfants de la population clinique ayant un trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH) souffriraient également d'un trouble anxieux (TA) en comorbidité (Biederman et al., 1991 ; Biederman et al., 2011, Maric et Bögels, 2018 ; MTA Collaborative Group, 1999 ; Shea et al., 2018 ; Tannock, 2009 ; Xia et al., 2015). Outre les conséquences associées spécifiquement aux troubles anxieux (p. ex. faible estime de soi, difficultés d'apprentissage, difficultés sociales et sentiment de solitude) et au TDAH (p. ex. faible rendement scolaire, rejet par les pairs, difficultés d'autorégulation des émotions), les enfants qui souffrent de ces deux troubles présentent des répercussions aggravées dans l'ensemble des domaines atteints (c.-à-d. scolaire, psychologique, social et familial ; Halldorsdottir et Ollendick, 2014 ; Jensen et al., 2001). Par exemple, les enfants atteints de TA et du TDAH en comorbidité présentent davantage d'inquiétudes liées à l'école, de difficultés attentionnelles ou d'absences que les enfants atteints seulement d'un de ces deux troubles (Bowen et al., 2008 ; Manassis et al., 2007 ; Mikami et al., 2011 ; Sciberras et al., 2014). De plus, ils présentent une estime de soi plus faible (Tannock, 2009), davantage de difficultés dans la régulation des émotions (Brown, 2000 ; Schatz et Rostain, 2006) et de difficultés interpersonnelles (p. ex. rejet social, difficultés à se faire des amis) que les enfants qui présentent seulement un TA ou un TDAH (Mikami et al., 2011 ; Tannock, 2009).

À ce jour, la thérapie cognitive et comportementale (TCC) est considérée comme étant le traitement psychologique de choix (*gold standard*) dans le traitement des troubles anxieux chez les enfants (Gould et al., 2018 ; James et al., 2015 ; National Institute for Clinical Excellence, 2013). Cependant, un questionnement est soulevé à savoir si les conséquences comportementales et cognitives associées au TDAH (p. ex. inattention, hyperactivité, impulsivité, mémoire de travail, etc.) peuvent interférer avec la propension des enfants souffrant de TA et du TDAH en comorbidité à bénéficier de la TCC communément prescrite (Gosch, 2018 ; Gould et al., 2018 ; Halldorsdottir et Ollendick, 2014). Par exemple, les études indiquent que l'inattention pourrait interférer avec le processus d'habituation lors de l'exposition (Benito et al., 2012 ; Grayson et al., 1982) puisque cette stratégie demande un contact soutenu avec le stimulus anxiogène (Benito et al., 2012 ; Grayson et al., 1982). De plus, des difficultés de mémoire de travail verbale pourraient nuire à la restructuration cognitive, car cette stratégie sollicite la capacité des enfants à retenir en mémoire et à manipuler les échanges verbaux (Kendall et al., 1997 ; Manassis et al., 2007). Toutefois, les résultats des études portant sur l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux auprès des enfants souffrant de TA et du TDAH en comorbidité sont mitigés (Halldorsdottir et Ollendick, 2014 ; Maric et Bögels, 2018). En effet, bien que certaines études ont montré que la présence d'un TDAH prédisait une efficacité réduite de la TCC pour les troubles anxieux (Garcia et al., 2010 ; Halldorsdottir et Ollendick, 2016 ; Storch et al., 2008), d'autres n'ont montré aucune différence (Gould et al., 2018 ; Kendall et al., 2001 ; Southam-Gerow et al., 2001). Ainsi, la présente recension systématique permettra d'apporter un nouvel éclairage concernant l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux auprès des jeunes souffrant également d'un TDAH. Cette information est très importante puisqu'elle permettra d'orienter les efforts de recherches futures dans le domaine, ainsi que de mieux guider les cliniciens qui travaillent auprès de ces enfants, notamment quant aux adaptations qu'ils peuvent ou doivent faire pour pallier les difficultés associées à la présence du TDAH, s'il y a lieu.

Objectifs et hypothèses

La présente recension systématique vise à effectuer une synthèse des connaissances sur l'efficacité de la TCC auprès des jeunes âgés de 4 à 18 ans souffrant de TA et du TDAH en comorbidité. Par ailleurs, la présente étude permettra de comparer l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux chez les jeunes souffrant de TA et du TDAH en comorbidité comparativement aux jeunes souffrant uniquement de TA.

En fonction de la littérature, il est attendu que la TCC soit associée à une réduction des symptômes liés au TA chez les enfants souffrant de TA et du TDAH en comorbidité (Gould

et al., 2018; Jarrett et Ollendick, 2012; Kendall et al., 2001; Maric et al., 2018; Sciberras et al., 2018). Toutefois, cette réduction pourrait s'avérer moins importante chez les enfants qui présentent la comorbidité comparativement aux jeunes qui ont uniquement un TA.

Méthodologie

Notons d'abord que la recension systématique se base sur les lignes directrices du *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA; Moher et al., 2009) et que le protocole de recherche a été enregistré dans PROSPERO (CRD42021221997). Dans un premier temps, l'ensemble des études pertinentes ont été recensées à l'aide des bases de données suivantes: *PsycINFO*, *Medline*, *EMBASE*, *The Cochrane Library* et *Web of Science*. Afin d'être la plus inclusive possible, la recension des articles couvre la période à partir de la date de création des bases de données à décembre 2020. Les bases de données ont été interrogées à l'aide de mots de vocabulaire libres et contrôlés, incluant les thèmes suivants: TDAH, troubles anxieux et TCC chez les jeunes. La stratégie de recherche a été adaptée à chaque base de données (Tableau 1) à l'aide d'un expert de l'information spécialisé en psychologie de la Bibliothèque de l'Université Laval. Compte tenu de la littérature restreinte du domaine, les critères d'éligibilité sont peu nombreux. Les critères d'inclusion sont donc les suivants: (a) les enfants doivent être âgés de 4 à 18 ans et avoir un diagnostic de troubles anxieux et de TDAH, (b) ceux-ci doivent avoir reçu une TCC pour les troubles anxieux et (c) les études sont publiées en anglais ou en français. Les études ont été exclues si l'échantillon était constitué d'enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme ou un trouble psychotique, puisque ces troubles pourraient modifier leur profil clinique et la réponse au traitement. Aussi, celles dont les échantillons d'enfants avaient un diagnostic de trouble obsessionnel compulsif ou de trouble de stress post-traumatique ont été exclues puisque ces troubles ne font plus partie de la section des troubles anxieux dans la cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-5). Toujours dans le but d'être le plus inclusif possible, aucun critère d'exclusion n'a été appliqué concernant la méthodologie ou la taille de l'échantillon des études.

Collecte de données

Sélection des études

La recherche d'études dans les bases de données sélectionnées a été effectuée par la première auteure de l'étude (C R-P). Les doublons ont été identifiés et retirés à l'aide de la fonction « suppression des doubles » du logiciel en ligne *Covidence*. Les doublons qui n'ont pas été identifiés

Tableau 1

Stratégies de recherche selon la base de données (résultats d'octobre 2020)

Bases de données	Mots-clés	Résultats
PsycINFO via Ovid	<ol style="list-style-type: none"> 1. exp Attention Deficit Disorder/ 2. (« Attention Deficit Disorder » or « ADHD »).ab,id,ti. 3. exp Anxiety/ 4. exp Anxiety Disorders/ 5. (« anxiety » or « panic » or « Phobi* » or « Elective Mutism »).ab,id,ti. 6. exp Child Psychotherapy/ 7. exp Adolescent Psychotherapy/ 8. (« child* » or « youth » or « adolescent* » or « teenager* » or « toddler* » or « teen » or « teens » or « kid » or « kids »).ab,id,ti. 9. exp Psychotherapy/ 10. (« cognitiv* behavio* therap* » or « CBT »).ab,id,ti. 11. 1 or 2 12. 3 or 4 or 5 13. 6 or 7 or 8 14. 9 or 10 15. 11 and 12 and 13 and 14 	178
Medline via Ovid	<ol style="list-style-type: none"> 1. exp Attention Deficit Disorder with Hyperactivity/ 2. (« Attention Deficit Disorder » or « ADHD »).ab,kf,ti. 3. exp Anxiety/ 4. exp Anxiety Disorders/ 5. (« anxiety » or « panic » or « Phobi* » or « Elective Mutism »).ab,kf,ti. 6. exp Child/ 7. exp Adolescent/ 8. (« child* » or « youth » or « adolescent* » or « teenager* » or « toddler* » or « teen » or « teens » or « kid » or « kids »).ab,kf,ti. 9. exp Cognitive Behavioral Therapy/ 10. (« cognitiv* behavio* therap* » or « CBT »).ab,kf,ti. 11. 1 or 2 12. 3 or 4 or 5 13. 6 or 7 or 8 14. 9 or 10 15. 11 and 12 and 13 and 14 	98
EMBASE	<ol style="list-style-type: none"> 1. 'attention deficit disorder'/exp 2. 'attention deficit disorder':ab,kw,ti OR 'adhd':ab,kw,ti 3. 'anxiety'/exp 4. 'anxiety disorder'/exp 5. 'anxiety':ab,kw,ti OR 'panic':ab,kw,ti OR 'phobi*':ab,kw,ti OR 'elective mutism':ab,kw,ti 6. 'child'/exp 7. 'adolescent'/exp 8. 'child':ab,kw,ti OR 'youth':ab,kw,ti OR 'adolescent*':ab,kw,ti OR 'teenager*':ab,kw,ti OR 'toddler*':ab,kw,ti OR 'teen':ab,kw,ti OR 'teens':ab,kw,ti OR 'kid':ab,kw,ti 9. 'cognitive behavioral therapy'/exp 10. 'cognitiv* behavio* therap*':ab,kw,ti OR 'cbt':ab,kw,ti 11. #1 OR #2 12. #3 OR #4 OR #5 13. #6 OR #7 OR #8 14. #6 OR #7 OR #8 15. #9 OR #10 16. #11 AND #12 AND #13 AND #14 	293

Tableau 1 (suite)

Stratégies de recherche selon la base de données (résultats d'octobre 2020)

The Cochrane Database	<ol style="list-style-type: none"> 1. MeSH descriptor: [Attention Deficit Disorder with Hyperactivity] explode all trees 2. («Attention Deficit Disorder» or «ADHD»):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 3. MeSH descriptor: [Anxiety] explode all trees 4. MeSH descriptor: [Anxiety Disorders] explode all trees 5. («anxiety» or «panic» or «Phobi*» or «Elective Mutism»):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 6. MeSH descriptor: [Cognitive Behavioral Therapy] explode all trees 7. («cognitiv* behavio* therap*» or «CBT»):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 8. MeSH descriptor: [Child] explode all trees 9. MeSH descriptor: [Adolescent] explode all trees 10. («child*» or «youth» or «adolescent*» or «teenager*» or «toddler*» or «teen» or «teens» or «kid» or «kids»):ti,ab,kw (Word variations have been searched) 11. (#1 OR #2) AND (#3 OR #4 OR #5) AND (#6 OR #7) AND (#8 OR #9 OR #10) 	38
Web of Science	<ol style="list-style-type: none"> 1. TS=(«Attention Deficit Disorder» OR «ADHD») 2. TS=(«anxiety» or «panic» or «Phobi*» or «Elective Mutism») 3. TS=(«cognitiv* behavio* therap*» or «CBT») 4. TS=(«child*» or «youth» or «adolescent*» or «teenager*» or «toddler*» or «teen» or «teens» or «kid» or «kids») 5. #4 AND #3 AND #2 AND #1 	181
ProQuest Dissertations & Theses	<ol style="list-style-type: none"> 1. noft(«Attention Deficit Disorder» or «ADHD») AND 2. noft(«anxiety» or «panic» or «Phobi*» or «Elective Mutism») AND 3. noft(«child*» or «youth» or «adolescent*» or «teenager*» or «toddler*» or «teen» or «teens» or «kid» or «kids») AND 4. noft(«cognitiv* behavio* therap*» or «CBT») 	10

par cette fonction ont été comptés et retirés manuellement. Ensuite, la sélection des études s'est poursuivie sur *Covidence* en collaboration avec la deuxième auteure de l'étude (AD), afin de disposer de deux évaluateurs indépendants. Une première sélection des études a été faite sur la base de l'évaluation des titres et des résumés. Les études ne répondant pas aux critères d'éligibilité de la présente recension n'ont pas été retenues pour la seconde sélection. Lors de cette dernière, les articles restants ont été lus en entier parallèlement par les deux mêmes évaluatrices, puis les résultats ont été comparés, et ce, tout comme pour la première sélection. Lors de désaccords quant à l'inclusion ou l'exclusion d'articles durant ces étapes, une discussion

entre les deux évaluatrices a permis de mener à un consensus. Lorsqu'un consensus n'était pas possible, la chercheuse responsable du projet (ID) était appelée à trancher ($n = 1$). Notons qu'une grille d'évaluation des critères d'inclusion et d'exclusion a été complétée pour chacune des études.

Extraction des données

Une double extraction des données a été effectuée de façon indépendante par les mêmes évaluatrices chargées de la sélection des études. Les informations suivantes ont été entrées dans la grille d'extraction spécialement configurée pour la présente recension: l'identification des études (noms des auteurs, année de publication si publiée, titre de l'étude), la description des participants (p. ex. nombre, sexe, âge, diagnostics de TA, type de TDAH si relevé, version du DSM utilisée, comorbidités, prise de médicaments), la méthode de l'étude (devis d'étude, randomisée ou non randomisée, avec ou sans groupe contrôle, groupes de comparaison), présentation et description des conditions (modalité de traitement, c'est-à-dire individuelle ou de groupe, avec ou sans participation parentale, avec ou sans adaptation de la TCC, durée du traitement et du suivi), les mesures employées, les stratégies d'analyses utilisées, les résultats (efficacité du traitement pour les symptômes anxieux et les symptômes de TDAH, comparaisons entre les groupes), ainsi que les forces et les limites de l'étude. Cette grille a été préalablement testée et calibrée par les deux évaluatrices et la chercheuse responsable du projet afin de s'assurer d'une compréhension similaire des éléments à extraire. Ensuite, elle a été remplie indépendamment par les deux évaluatrices, pour chacun des articles résultant de la sélection des études. En cas de données manquantes empêchant de compléter la grille d'extraction, les auteurs des articles en question ont été contactés par la première auteure ($n = 6$). À la suite de la double extraction des données, les grilles de chacune des parties ont été comparées. En cas de divergence dans la saisie de données, une discussion a été menée dans le but d'arriver à un consensus. Une tierce personne n'a pas été appelée à trancher à cette étape de la recension systématique.

Risque de biais des études

Le risque de biais des études a été évalué en parallèle à l'extraction des données par les deux évaluatrices indépendantes. L'outil d'évaluation de la qualité des études du *National Institute for Health and Care Excellence* (2012) a été utilisé (Tableau 2). Chaque élément a été répondu par «++», «+», «-», «non rapporté» ou «non applicable». Lorsque le «-» a été sélectionné pour un élément, les évaluateurs ont été invités à considérer le risque potentiel de biais pouvant être introduit. De plus, la validité interne et externe de chaque étude a été jugée selon le barème sui-

Tableau 2.
Résumé des études

Auteurs et année	N total	Âge	N TA + TDAH	Trouble anxieux	Types TDAH	Recrutement	Groupe contrôle	Devis (Randomisation)	Modalité de traitement (N séances)	Participation parentale	Adaptations de la TCC (TDAH)	Suivi	Validité interne et externe
1. Bériault et al., 2018	57 (M=42, F=15)	8-12 (M = 10.54, ET = 1.51)	10	Trouble d'anxiété de séparation, TAG, TAS et PS	TDAH-C TDAH-I TDAH-H/I	Clinique	Contrôl N = 9	Quasi expérimental avec liste d'attente (Non)	Groupe (10)	Oui	Oui	Absent	++ , +
2. Denis et al., 2020	27 (M=15, F=12)	8-12 (M = 10)	18	Trouble d'anxiété de séparation, TAG, TAS et PS	TDAH-C TDAH-H/I	Clinique	Liste d'attente N = 13	Quasi expérimental avec liste d'attente (Non)	Groupe (12)	Oui	Oui	6 mois	++ , +
3. Gould et al., 2018	842 (M=438, F=404)	6-18 (M = 10.21, ET = 2.57)	94	Trouble d'anxiété de séparation, TAG, TAS et PS	TDAH-C TDAH-I TDAH H/I	Clinique	Absent	Quasi expérimental (Non)	Groupe (10)	Oui	Oui	3 et 6 mois	++ , +
4. Halldorsdottir et al., 2014	135 (M=65, F=70)	6-15 (M = 8.94, ET = 1.82)	28	PS	TDAH-C TDAH-I TDAH-H/I	Clinique et générale	Absent	Étude randomisée contrôlée (Oui)	Individuelle (1)	Oui	Non	1 et 6 mois	++ , +
5. Halldorsdottir et al., 2015	474 (M=235, F=239)	7-17 (M = 10.80, ET = 2.47)	44	Trouble d'anxiété de séparation, TAG, TAS	Non rapporté	Clinique et générale	Placebo N = 7	Étude randomisée contrôlée (Oui)	Individuelle (12)	Oui	Non	6 mois	+ , ++
6. Houghton et al., 2017	9 (M=7, F=3)	13-16 (M = 14.2, ET = 1.6)	9	TAG	TDAH-C	Clinique	Refus de traitement N = 1	Niveaux de bases multiples (Non)	Groupe (8)	Oui	Oui	1 mois	+ , -
7. Jarrett et Ollendick, 2012	8 (M=4, F=4)	8-12 ans (M = 8.88, ET = 1.13)	8	Trouble d'anxiété de séparation, TAG, TAS	TDAH-C	Clinique et générale	Absent	Niveaux de bases multiples non concurrents (Non)	Individuelle (10)	Oui	Oui	6 mois	++ , +
8. Sciberras et al., 2018	12 (M=11, F=1)	8-12 ans	6	Trouble d'anxiété de séparation, TAG, TAS	TDAH-C TDAH-I	Clinique	Intervention standar N = 6	Étude randomisée contrôlée (Oui)	Individuelle (10)	Oui	Oui	6 mois	++ , +
9. Verreault et eriaume, 2010	14 (M=11, F=3)	8-12 (M = 9.79, ET = 1.26)	14	Trouble d'anxiété de séparation, TAG, TAS et PS	Non rapporté	Clinique	Absent	Quasi expérimental (Non)	Groupe (10)	Oui	Oui	Absent	+ , -

Note. TAS : trouble d'anxiété généralisée, PS : phobie spécifique, TDAH-C : trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité combinée, TDAH-I : trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et inattention, TDAH-H/I : trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité et impulsivité-hyperactivité.

vant : « bonne », « passable » ou « faible ». Les résultats des évaluateurs ont ensuite été comparés et les différences ont été discutées dans le but d'atteindre un consensus. Une vérification subséquente de l'évaluation de la qualité méthodologique des études a ensuite été accomplie par la chercheuse responsable du projet (ID), ainsi que par le troisième auteur (GFB).

Biais de publication

Afin de limiter le biais de publication, la littérature grise a été recherchée à l'aide de la base de données *ProQuest Dissertations & Thesis*, *ClinicalTrials.gov*, des listes de références des articles recensés, ainsi que des recensions systématiques et chapitres de livres pertinents. Toutefois, le biais de publication n'a pas pu être statistiquement évalué en raison du manque de données permettant de réaliser une méta-analyse.

Analyses statistiques

Estimation de la taille d'effet

Concernant la comparaison des résultats pré et post-traitement chez les jeunes atteints de TA et du TDAH en comorbidité, un calcul de taille d'effet a été réalisé, lorsque possible, à l'aide du g de Hedges qui favorise une meilleure estimation que le d de Cohen en présence de petits échantillons (Borenstein et al., 2011). Une taille d'effet de 0,2 est considérée comme « petite », une taille d'effet de 0,5 comme « moyenne » et de 0,8 comme « grande » (Borenstein et al., 2011). Lorsque réalisable, une taille d'effet g de Hedges a également été utilisée dans la comparaison entre les groupes d'enfants ayant un TA et un TDAH en comorbidité et ceux ayant seulement un TA ou seulement un TDAH, mais l'écart-type combiné a été utilisé au lieu de l'écart-type de la différence.

Analyse descriptive

Puisque les données recueillies ne permettent pas de réaliser une méta-analyse, une analyse descriptive des données est privilégiée. Celle-ci présente une description détaillée des études recensées, c'est-à-dire de la méthodologie (p. ex. devis, groupe contrôle, etc.), des participants (p. ex. nombre, sexe, âge, diagnostics, etc.), des conditions de traitement (c.-à-d. format de groupe ou individuel, participation parentale, adaptations de la TCC), des mesures employées (c.-à-d. questionnaires ou entrevues), du risque de biais des études (c.-à-d. validité interne et externe) et des résultats (c.-à-d. effets sur les symptômes anxieux chez les participants atteints de TA et du TDAH en comorbidité, comparaisons avec les participants anxieux sans TDAH et effets sur les symptômes du TDAH). Ces informations ont permis de calculer des pourcentages moyens (p. ex. pour-

centage d'études avec la participation parentale, d'études avec des adaptations de la TCC, d'études rapportant une réduction des symptômes anxieux, etc.).

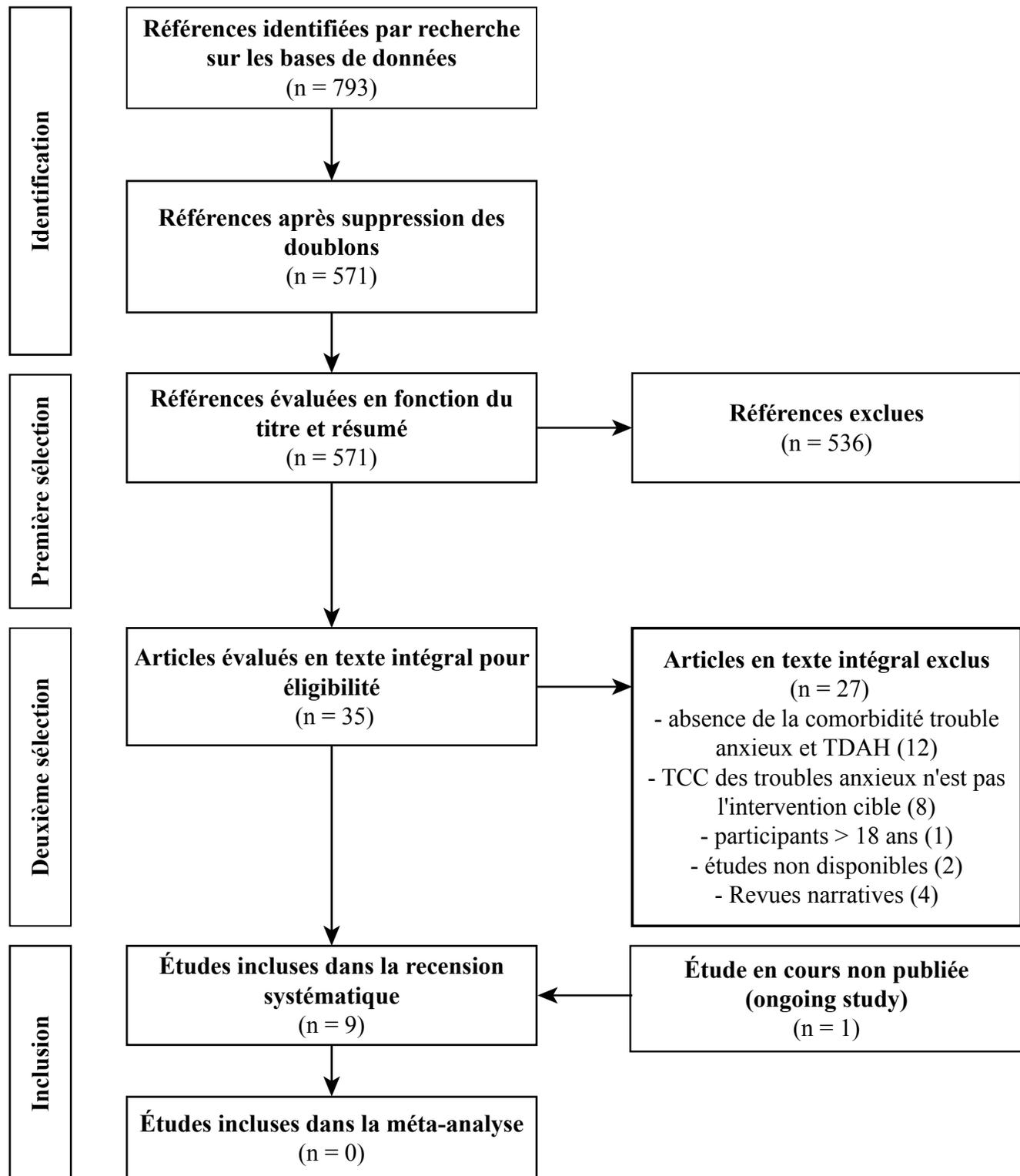
Résultats

Un total de 793 études ont été recensées sur les bases de données *PsycINFO*, *Medline*, *EMBASE*, *The Cochrane Library*, *Web of Science* et *ProQuest Dissertations & Thesis*. De ce nombre, 208 études ont été identifiées comme des doublons à l'aide de la fonction « suppression des doubles » du logiciel *Covidence*. Les 14 doublons qui n'ont pas été identifiés par cette fonction ont été retirés manuellement. À la première sélection, les titres et les résumés de 571 articles ont été examinés et, au total, 536 ont été exclus. À la deuxième sélection, 35 études ont été lues en entier par les deux examinatrices indépendantes. À la suite de l'application des critères d'inclusion et d'exclusion, neuf études ont été retenues. Ce processus est illustré à l'aide du diagramme de flux à la Figure 1. Un résumé des caractéristiques des études retenues est présenté au Tableau 2 et chacune des études se voit attribuer un chiffre de référence afin de faciliter la lecture des résultats.

Caractéristiques des participants

Au total, la recension systématique rassemble 231 enfants atteints de TA et du TDAH en comorbidité. De ce nombre, 151 jeunes ont été exclusivement recrutés dans un contexte clinique (1, 2, 3, 6, 8, 9), alors que 80 jeunes ont été recrutés auprès de la population générale et clinique (4, 5, 7). Le nombre d'enfants atteints de TA et du TDAH en comorbidité qui participaient à la TCC varie entre 6 (8) et 94 (3) selon les études. L'âge des participants des études sélectionnées se situe entre 6 et 18 ans. Cinq études se sont concentrées sur les enfants âgés de 8 à 12 ans (1, 2, 7, 8, 9) et une étude incluait plutôt des adolescents de 13 à 16 ans (6). Les études subséquentes regroupaient des participants âgés entre 6 à 18 ans (3), 6 à 15 ans (4) et 7 à 17 ans (5). Concernant le TA primaire étudié, quatre études incluaient des jeunes qui présentaient un trouble d'anxiété de séparation, un trouble d'anxiété sociale, un trouble d'anxiété généralisée ou une phobie spécifique (1, 2, 3, 9). Trois études incluaient des jeunes atteints d'un trouble d'anxiété de séparation, d'un trouble d'anxiété sociale et d'un trouble d'anxiété généralisée (5, 7, 8). Enfin, une étude incluait exclusivement des participants souffrant d'un trouble d'anxiété généralisée (6) et une étude était constituée d'un échantillon comprenant uniquement des phobies spécifiques (4). Par ailleurs, cinq études ont rapporté la présence de plusieurs troubles anxieux chez les participants au prétraitement (1, 2, 7, 8, 9). Le type de TA comorbide n'était pas spécifié. Concernant les types de TDAH rencontrés auprès des participants, trois

Figure 1.
Diagramme de flux



études incluaient tous les types de TDAH (c.-à-d. hyperactif/impulsif prédominant, inattentif prédominant et combiné ; 1, 3, 4), une étude contenait le type hyperactif/impulsif prédominant et le type combiné (2), une étude incluait le type inattentif prédominant et combiné (8) et enfin, deux études

comprenaient exclusivement le type combiné (6, 7). Notons que deux études ne rapportaient pas le type de TDAH présent chez les participants (5, 9).

Caractéristiques de la TCC administrée

En ce qui concerne le format de la TCC, quatre études utilisaient un format individuel (4, 5, 7, 8) et cinq, un format de groupe (1, 2, 3, 6, 9). La taille des groupes variait entre 3 à 8 jeunes par groupe. Le nombre de rencontres de huit études sur neuf variait entre 8 à 12 (1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9) et une étude administrait le traitement en une séance de trois heures (phobie spécifique; 4). De plus, l'ensemble des études (100%) incluait la participation parentale à la thérapie. Parmi ces études, trois administraient la TCC pour les troubles anxieux en présence de la dyade parent-enfant, et ce, pour l'entièreté de la durée des rencontres thérapeutiques (1, 3, 9). La famille peut alors pratiquer les stratégies apprises, tout en bénéficiant de la supervision directe du thérapeute. D'autres études incluaient les parents pour une partie de chacune des rencontres thérapeutiques avec l'enfant (2, 4, 7, 8, 9), quantifiée à 10 minutes par Jarrett et Ollendick (2012) et de 20 à 40 minutes par Denis et al. (2021). La durée de cette période n'était pas spécifiée dans les autres études (4, 8, 9). La présence des parents lors de la séance thérapeutique de l'enfant leur permet d'être informés du déroulement de la séance et des exercices thérapeutiques à effectuer pendant la semaine. De plus, quatre études mettaient en place des séances thérapeutiques hebdomadaires pour les parents, qui se déroulaient parallèlement aux séances pour les enfants (2, 5, 6, 7). Les sujets abordés lors des rencontres parentales suivaient le même cheminement que celles des enfants, mais les parents étaient également outillés concernant la gestion du comportement associé au TA et au TDAH de leur enfant (6). En effet, le thérapeute assigné aux parents avait notamment comme objectifs de développer, en partenariat avec les parents, les exercices d'exposition et le système de récompenses à instaurer, d'enseigner des stratégies de renforcement des comportements courageux que l'enfant adopte pour affronter ses peurs et inquiétudes, et de réduire la détresse associée à l'objet de peur (4). Enfin, Halldorsdottir et al. (2015; 5) incorporaient deux séances auprès des parents aux semaines 3 et 4 du protocole de traitement. Le contenu de ces rencontres n'a toutefois pas été explicité dans leur étude.

Enfin, 78% ($n = 7$) des études incluses dans la présente recension systématique incorporaient des adaptations à la TCC des troubles anxieux, afin de considérer les particularités comportementales et cognitives du TDAH (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9). Les adaptations les plus fréquemment rapportées par les auteurs sont l'utilisation de renforcements durant les sessions (1, 2, 3, 7, 8, 9) lorsque l'attention de l'enfant est dirigée vers la tâche (1, 2, 7, 8) ou lorsqu'il démontre les comportements désirés (p. ex. rester assis, écouter les consignes) (2, 3, 9), l'utilisation de matériel visuel (1, 2, 7, 8), la formulation d'explications ou de consignes courtes et simplifiées (2, 6, 7, 8), la répétition des consignes par l'enfant

(2, 6, 7), ainsi que la mise en place de pauses fréquentes (2, 6, 7, 8). Par exemple, Sciberras et al. (2018; 8) instaurent une minute de pause entre les différentes activités, nommée « *1-min brain-breaks* », lors de laquelle l'attention de l'enfant n'est plus sollicitée (Sciberras et al., 2018). D'autre part, plusieurs études incorporaient des mouvements physiques lors des activités (2, 3, 6; p. ex. jeux de rôle (6)), utilisaient le jeu afin d'augmenter l'aspect ludique de la thérapie et d'offrir une pause à l'enfant (2, 6, 7) et alternaient entre des activités thérapeutiques et une période de jeux ou de repos (1, 2, 9). L'ajout d'un contenu psychoéducatif portant sur le TDAH abordé avec l'enfant et les parents (p. ex. les symptômes associés, l'étiologie du trouble, l'influence potentielle dans le traitement) était également mis en place par certains auteurs (2, 6, 9). De plus, certaines études incorporaient des routines stables au fil des séances (1, 2, 8) et des règles de groupe lorsque la thérapie était offerte sous ce format (2, 3, 6). Plusieurs adaptations plus minimales ont également été rapportées par des auteurs, et ce, comparativement aux adaptations précédentes, comme l'utilisation de rappels visuels ou sonores afin de ramener l'attention de l'enfant vers la tâche (2, 9), la réduction du nombre d'enfants dans le groupe (1, 2) et l'évitement des tâches qui sollicitent l'attention partagée de l'enfant (p. ex. écouter le thérapeute et écrire en même temps; 2, 9).

Évaluation du risque de biais des études

Concernant la validité interne, sept études sur neuf (77,78%) ont reçu la notation « + » (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), c'est-à-dire que les conclusions sont peu susceptibles d'avoir été biaisées par certains critères de qualité non rencontrés ou non rapportés. Quant à la validité externe, sept études sur neuf (78%) ont reçu la notation « + » (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8), une étude a reçu la cote « ++ », car elle a été menée de manière à minimiser le risque de biais (7), et une étude a obtenu la note de « - » (9). Pour une description détaillée de l'évaluation du risque de biais des études, voir le Tableau 2.

Biais de publication

Le biais de publication n'a pu être évalué statistiquement en raison du faible nombre d'études avec un groupe de comparaison et pour lesquelles les données étaient fournies. Effectivement, seulement les résultats d'une étude étaient disponibles afin d'évaluer le biais de publication (3). Toutefois, parmi les neuf études recensées, deux proviennent de la littérature grise (c.-à-d. une thèse (4) et une étude non publiée (2)) minimisant le plus possible le risque de biais de publication potentiel (Higgins et al., 2019).

Effets de la TCC sur les symptômes anxieux

Concernant la comparaison des résultats entre le pré et le post-traitement, la taille d'effet a pu être calculée pour deux études sur neuf (2, 9). Une forte réduction des symptômes au post-traitement est observée dans l'étude de Verreault et Bertiaume (2010; g de Hedge's = -1,895; 95% IC = -6,311 à -3,689) et de Denis et al. (2021; g de Hedge's = -1,150; 95% IC = -5,939 à -2,703). Au suivi à six mois, une forte réduction des symptômes demeure observée en comparaison à la sévérité des symptômes au prétraitement dans l'étude de Denis et al. (2021; g de Hedge's = -1,154; 95% IC = -6,814 à -3,853).

Une analyse qualitative des résultats a également été effectuée afin de mieux représenter les résultats de l'ensemble des études recensées (Tableau 3). Huit études sur neuf ont documenté l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux auprès des participants atteints de TA et du TDAH en comorbidité (1, 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9). À cet effet, 100% de ces études ont rapporté une réduction des symptômes anxieux chez les enfants (1, 2, 3, 4, 7, 8, 9) et les adolescents (3, 4, 6) atteints de la comorbidité à la suite de leur participation à la TCC. Les données disponibles ne permettent toutefois pas de comparer l'efficacité de la TCC entre les enfants et les adolescents puisque les données n'étaient pas calculées en fonction des âges. Ensuite, de 50% (3, 7, 8) à 79% (2) des participants étaient considérés comme étant en rémission d'au moins un TA au post-traitement, c'est-à-dire qu'ils ne satisfaisaient plus les critères diagnostiques de ce trouble à la suite de la TCC. D'autre part, quatre études sur neuf ont évalué l'efficacité du traitement à six mois post-traitement (2, 3, 4, 7). Parmi celles-ci, 100% indiquent un maintien des gains thérapeutiques au suivi à six mois. Le pourcentage de participants en rémission du TA au suivi à six mois a été évalué dans trois études et est estimé à 50% (7), 53,5% (3) et 71% (2).

Comparaison avec trouble anxieux sans TDAH comorbide

Parmi les neuf études recensées, quatre comprenaient aussi un groupe de participants avec seulement un TA (c.-à-d. sans TDAH comorbide; 1, 3, 4, 5; Tableau 4), et ce, en plus du groupe d'enfants ayant un TA et un TDAH en comorbidité. La taille d'effet a pu être calculée pour une étude (3). Puisque les groupes étaient similaires au prétraitement (g de Hedge's = 0,089; 95% IC = -0,261 à 0,601), les groupes ont pu être comparés au post-traitement. Les résultats mettent en évidence une efficacité semblable de la TCC auprès des participants souffrant de TA et du TDAH en comorbidité comparativement aux participants atteints seulement de TA, avec une petite taille d'effet (g de Hedge's = -0,037; 95% IC

= -0,245 à 0,145). Six mois après le traitement, les groupes sont demeurés semblables, avec une petite taille d'effet (g de Hedge's = 0,067; 95% IC = -0,449 à 0,709).

Une analyse qualitative a également été effectuée. Trois études ont évalué si la présence d'un diagnostic de TDAH, en tant que variable catégorielle, prédisait l'efficacité de la TCC dans la réduction des symptômes anxieux (3, 4, 5). Parmi les trois études qui conduisaient des analyses de prédiction, deux (67%) ont conclu que la présence d'un diagnostic de TDAH ne prédisait pas l'efficacité de la TCC, soit la réduction de la sévérité des symptômes anxieux à travers le temps (3, 4). Seulement une étude (33%) a révélé une efficacité du traitement plus faible chez les jeunes atteints de TA et du TDAH en comorbidité comparativement aux jeunes atteints uniquement de troubles anxieux (5).

Discussion

Principaux résultats

L'objectif principal de la recension systématique consistait à effectuer une synthèse des connaissances sur l'efficacité de la TCC chez jeunes âgés de 4 à 18 ans souffrant de TA et du TDAH en comorbidité à travers une recension systématique des écrits scientifiques. Elle visait également à comparer son efficacité chez les jeunes souffrant de TA et du TDAH en comorbidité comparativement aux jeunes souffrant uniquement de TA. En fonction de la littérature actuelle, il était attendu dans un premier temps que la TCC soit associée à une réduction des symptômes anxieux chez les jeunes souffrant de TA et du TDAH en comorbidité (Gould et al., 2018; Jarrett et Ollendick, 2012; Kendall et al., 2001; Maric et al., 2018; Sciberras et al., 2018). Conformément à l'hypothèse émise, l'analyse descriptive indique que l'ensemble des études recensées ont rapporté une réduction des symptômes anxieux au post-traitement chez les enfants et les adolescents, avec des gains qui se maintenaient jusqu'à six mois après la fin du traitement. De plus, l'analyse statistique qui a pu être effectuée avec deux des neuf études indique une forte réduction des symptômes au post-traitement et au suivi à six mois tel que démontré par de grandes tailles d'effet. D'autre part, le pourcentage de rémission des participants est majoritairement estimé à 50% au post-traitement, et entre 50% et 53,5% au suivi à six mois. Cela est comparable aux résultats obtenus dans la méta-analyse de James et al. (2015) qui a montré que le taux de rémission des jeunes atteints de TA sans TDAH est évalué à 58,9% au post-traitement de la TCC, avec des gains qui se maintenaient de 6 à 24 mois après la fin du traitement. Seulement l'étude de Denis et al. (2021) a rapporté un pourcentage de rémission qui s'élevait à 79% au post-traitement et à 71% au suivi à six mois. Notons que ces auteurs ont incorporé

Tableau 3
Efficacité de la TCC dans la réduction des symptômes anxieux

Auteurs (année)	Mesures	M (ET) au pré-traitement	M (ET) au post-traitement	M (ET) au suivi six mois	g de Hedge's [95% IC]	Résultats qualitatifs	
					Post-traitement	Suivi 6 mois	
1. Bériault et al. (2018)	ADIS-C/P	6,5 (1,07)	4,5 (2,83)	N/A	N/A	N/A	«On the standardized interview (ADIS-C), both primary and secondary anxiety disorders decreased, with large effect sizes. Considering the severity scale of the ADIS-C, the severity of primary anxiety disorder changed from severe to moderate, and the severity of secondary anxiety disorder went from moderate to low.»
	MASC	61,6 (11,8)	54 (13,6)	N/A	N/A	N/A	« mostly medium effect sizes were observed, with "Avoidance" showing only a small effect size. »
2. Denis et al. (2021)	ADIS-C/P	7,11 (1,02)	2,83 (3,29)	1,76 (2,9)	-1,150 [-5,939 à -2,703]	-1,154 [-6,814 à -3,853]	Rémission complète des TA = 43%, rémission d'au moins un TA = 79%.
3. Gould et al. (2018)	CBCL	71,3 (5,8)	66,8 (8,4)	62,1 (9,7)	N/A	N/A	N/R
	ADIS-C/P	6,48 (0,7)	3,65 (1,95)	3,33 (1,8)	N/A	N/A	Rémission de 50% des participants au post-traitement.
4. Halldorsdottir (2014)	No medic.	6,26 (1,10)	4,07 (2,02)	2,00 (2,18)	N/A	N/A	Rémission de 53,5% des participants au suivi six mois.
	With medic.	6,44 (1,01)	4,33 (1,87)	2,50 (2,08)	N/A	N/A	N/R
5. Halldorsdottir et al. (2015)	ADIS-C/P	N/R	N/R	N/A	N/A	N/A	N/R
6. Houghton et al. (2017)	MASC	1,46 (0,18)	1,16 (0,16)	N/A	N/A	N/A	«MASC anxiety mean scores decreased significantly for all four types of anxiety and the overall anxiety score from pre- to post-treatment to 1-week posttreatment, $Z(2, N = 8) = 2.54, p < .05, r = .63$, and pretreatment to 6-months posttreatment, $Z(2, N = 8) = 2.54, p < .05, r = .64$.»
7. Jarrette et Ollendick (2012)	ADIS-C/P	5,31 (0,65)	3,6 (1,06)	3,19 (1,31)	N/A	N/A	«For anxiety-treated, significant changes were noted from pre-treatment to 1-week posttreatment, $Z(2, N = 8) = 2.54, p < .05, r = .63$, and pretreatment to 6-months posttreatment, $Z(2, N = 8) = 2.54, p < .05, r = .64$.»
8. Sciberras et al. (2018)	SCAS	40,7 (20,6)	25,4 (14,3)	N/A	N/A	N/A	«Eight of eight (100%) improved, seven of eight (88%) recovered, and four of eight (50%) were in the subclinical range at 1-week posttreatment. Gains were maintained at 6 months as eight of eight (100%) improved, seven of eight (88%) recovered, and four of eight (50%) were in the subclinical range.»
	ADIS-C/P	5,31 (0,65)	3,6 (1,06)	3,19 (1,31)	N/A	N/A	«At follow-up, three intervention children were free of an anxiety diagnosis compared with none in the usual care group. The total number of anxiety disorders decreased from 14 at baseline to 7 at follow-up (50% reduction) for intervention children and from 12 at baseline to 11 at follow-up for the usual care group (8% reduction).»
9. Verreault et Berteaume (2010)	ADIS-C/P	7,07 (1,21)	2,07 (2,53)	N/A	-1,895, [-6,311 à -3,689]	N/A	«L'examen des effets, qui porte sur le trouble anxieux le plus interférant, montre que la majorité des enfants présente une absence de trouble anxieux interférant avec leur quotidien à la suite de leur participation au programme Super Actif!.»

Note. ADIS-C/P: Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents, CBCL: Child Behavior Checklist, MASC: Multidimensional Anxiety Scale for Children (auto-rapporté), SCAS: Spence Children's Anxiety Scale (auto-rapporté), N/R: non rapporté, N/A: non applicable

Tableau 4
Comparaison entre les groupes

Auteurs (année)	Mesures	Trouble anxieux + TDAH			Trouble anxieux seulement			g de Hedge's [95% IC]			Résultats qualitatifs	
		M (ET) au pré-traitement	M (ET) au post-traitement	M (ET) au suivi 6 mois	M (ET) au pré-traitement	M (ET) au post-traitement	M (ET) au suivi 6 mois	Pré-traitement	Post-traitement	Suivi 6 mois		
1. Bériault et al. (2018)	ADIS-C/P	6,5 (1,07)	4,5 (2,83)	N/A	N/R	N/R	N/A	N/A	N/A	N/A	N/R	
3. Gould et al. (2018)	ADIS-C/P	6,48 (0,7)	3,65 (1,95)	3,33 (1,8)	6,51 (0,83)	3,48 (1,9)	3,2 (1,95)	0,089 [-0,261 à 0,601]	-0,037 [-0,245 à 0,145]	0,067 [-0,449 à 0,709]		«ADHD diagnosis, including any subtype, did not predict treatment response (overall significance of interaction between time and diagnosis, $p = .34$).»
4. Halldorsdottir (2014)	No medic With medic	6,26 (1,10)	4,07 (2,02)	2,00 (2,18)	N/R	N/R	N/R	N/A	N/A	N/A		«An ADHD diagnosis was not significantly associated with pre-treatment phobia severity (MIP1 = -.202, $p = .351$) or change in phobia severity over time (YSP1 = -.057, $p = .853$).»
5. Halldorsdottir et al. (2015)	ADIS-C/P	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/R	N/A	N/A	N/A		«Specifically, the AnxD+ADHD group fared worse (odds ratio = .175), 95% CI [.044, .688], $p = .01$, than the AnxD alone group in regard to treatment response in the CBT condition.»

Note. ADIS-C/P: Anxiety Disorders Interview Schedule for Children and Parents; N/A: non applicable; N/R: non rapporté

une quantité supérieure d'adaptations de la TCC pour les troubles anxieux lors de la présence du TDAH comorbide, comparativement aux autres études recensées qui évaluaient le taux de rémission au suivi à six mois (Gould et al., 2018; Jarrett et Ollendick, 2012; Sciberras et al., 2018), ainsi qu'une séance avec les parents qui était destinée à la gestion des comportements d'opposition liés à l'anxiété et au TDAH. Il est possible que la mise en place de ces adaptations favorise l'efficacité du traitement auprès de cette clientèle en atténuant les difficultés associées au TDAH comme l'inattention et l'hyperactivité (Beriault et al., 2018; Gould et al., 2018; Houghton et al., 2017; Sciberras et al., 2018). Toutefois, d'autres études sont nécessaires afin de confirmer cette hypothèse.

Dans un deuxième temps, il était attendu que la présence d'un TDAH réduise l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux. Les résultats de la présente recension systématique montrent toutefois que l'efficacité de la TCC est similaire auprès des participants souffrant de TA et du TDAH en comorbidité en comparaison à ceux souffrant seulement d'un TA, avec une faible taille d'effet au post-traitement et au suivi à six mois. Notons que la taille d'effet a toutefois pu être évaluée à l'aide des données d'une étude uniquement et que seulement trois études ont examiné l'efficacité de la TCC auprès des jeunes atteints de TA et du TDAH en comorbidité en comparaison aux jeunes anxieux sans TDAH. Ensuite, selon l'analyse descriptive, deux études sur trois qui évaluaient la présence du diagnostic de TDAH en tant que prédicteur ont indiqué que ce trouble en comorbidité ne prédisait pas l'efficacité du traitement de façon significative, soit la réduction de la sévérité des symptômes anxieux à travers le temps (Gould et al., 2018; Halldorsdottir, 2014). Néanmoins, une étude a noté que les symptômes associés au TDAH prédisaient une réduction de l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux (Halldorsdottir et al., 2015). Notons qu'aucune adaptation de la TCC visant la gestion des symptômes associés au TDAH n'était présente dans cette étude (Halldorsdottir et al., 2015), ce qui pourrait contribuer, du moins en partie, à expliquer ces résultats.

Implications cliniques

Les résultats de la présente recension systématique ont de nombreuses implications cliniques. Premièrement, ils appuient l'efficacité de la TCC dans le traitement des troubles anxieux chez les jeunes atteints de TA et du TDAH en comorbidité. Il est toutefois important de noter que, bien que les résultats des articles retenus pour la revue systématique soutiennent son efficacité, les pourcentages de rémission des TA chez ces jeunes à

la suite de leur participation à la TCC pourraient être améliorés. Selon plusieurs auteurs, la participation des parents dans la thérapie (Gosch, 2018; Maric et Bögels, 2018) et la mise en place d'adaptations de la TCC pour pallier les difficultés associées au TDAH (Gould et al., 2018; Sciberras et al., 2018) pourraient être bénéfiques dans le traitement de TA et du TDAH comorbides chez les jeunes. Bien que la littérature scientifique actuelle ne permette pas de déterminer si ces facteurs modèrent l'efficacité de la TCC chez ces jeunes, ceux-ci présentent plusieurs avantages. En premier lieu, l'implication des parents dans le traitement des troubles anxieux a de nombreuses fonctions. Notamment, leur participation à la thérapie peut offrir l'opportunité de modifier leurs pratiques parentales qui contribuent au maintien des symptômes anxieux et du TDAH de leur enfant (p. ex. surprotection, surcontrôle parental, renforcement des comportements d'évitement, pratiques éducatives négatives comme une discipline agressive ou inconstante; Breinholst et al., 2012; Parent et Turgeon, 2012; Pfiffner et McBurnett, 2006). Les parents peuvent également soutenir la réalisation des exercices à l'extérieur des séances et la généralisation des compétences acquises au quotidien de l'enfant (Halldorsdottir et Ollendick, 2014). L'implication des parents dans la thérapie favoriserait aussi une meilleure gestion de leur propre anxiété (Bögels et Siqueland, 2006; James et al., 2005) et une augmentation de leur sentiment de compétence parentale (Sciberras et al. 2018). D'autre part, le thérapeute peut discuter et informer les parents des complications potentielles liées à l'inattention de l'enfant lors des exercices d'exposition et l'importance de diriger l'attention de l'enfant vers l'objet de sa peur (Halldorsdottir et Ollendick, 2014).

Deuxièmement, la flexibilité dans l'administration de la TCC afin d'adapter celle-ci aux diagnostics comorbides a été recommandée par plusieurs cliniciens et chercheurs et correspond à une pratique répandue parmi les articles recensés (Beidas et al., 2010; Halldorsdottir et Ollendick, 2014; Hudson et al., 2001). En effet, en présence du TDAH comorbide au TA, le thérapeute peut d'abord considérer livrer le contenu thérapeutique par l'entremise de plusieurs petits modules séparés par de brèves pauses afin de favoriser les capacités d'attention du jeune (Beidas et al., 2010; Denis et al., 2021; Houghton et al., 2017; Jarrett et Ollendick, 2012). Par exemple, toutes les 15 minutes, l'enfant pourrait choisir entre quelques répétitions d'un exercice physique (p. ex. *jumping jacks*), un jeu bref ou une autre activité choisie par l'enfant (Beidas et al., 2010). D'autre part, le thérapeute peut intégrer davantage d'activités ludiques, interactives et motrices (p. ex. charades, lancer la balle), et ce, particulièrement lors de la psychoéducation puisque cette stratégie est plutôt passive du point de vue de l'enfant (Beidas et al., 2010). Ces adaptations pourraient permettre à l'en-

fant de dépenser l'énergie qu'il aurait accumulée durant la séance et ainsi améliorer sa concentration. De plus, afin de tenir compte des difficultés de mémoire de travail plus fréquentes chez les enfants atteints du TDAH, les instructions pour les différentes activités peuvent être livrées par le thérapeute à l'aide de consignes plus courtes et séparées en étapes (Halldorsdottir et Ollendick, 2014; Kendall et al., 1997; Manassis et al., 2007). D'autre part, l'utilisation de renforcements (p. ex. petits prix, collants, félicitations) serait également une adaptation bénéfique à la TCC pour les troubles anxieux chez les jeunes atteints d'un TDAH comorbide, notamment lors de l'exposition, afin de soutenir l'engagement de ceux-ci dans la thérapie (Beidas et al., 2010). Certains auteurs recommandent également l'ajout de contenu psychoéducatif portant sur le TDAH, comme son étiologie, les symptômes associés et son influence potentielle sur le traitement (Beidas et al., 2010; Halldorsdottir et Ollendick, 2014). Notamment, lorsque l'habituation est discutée, le thérapeute peut présenter les obstacles possibles liés à l'inattention de l'enfant et l'importance de soutenir l'attention de l'enfant lors des exercices d'exposition (Halldorsdottir et Ollendick, 2014). Enfin, en plus des adaptations qui visent la gestion des symptômes associés au TDAH dans le but de favoriser l'efficacité de la TCC pour les troubles anxieux, l'ajout de stratégies thérapeutiques qui visent l'amélioration des symptômes liés au TDAH plus directement pourrait être bénéfique (p. ex. entraînement aux habiletés parentales, soutien à l'organisation de l'enfant, saine hygiène de vie).

Limites et forces de l'étude

La présente recension systématique comporte diverses limites et forces à considérer dans l'interprétation des résultats. D'abord, il est important de souligner la littérature scientifique limitée portant sur l'efficacité de la TCC auprès des jeunes souffrant de TA et du TDAH en comorbidité, réduisant le nombre d'études possibles à recenser. Par ailleurs, sept études sur neuf (78%) ont été menées auprès d'un échantillon de moins de 30 participants atteints de TA et du TDAH en comorbidité, et quatre de celles-ci ont un échantillon de 10 participants ou moins. Des échantillons plus grands permettraient une meilleure généralisation des résultats à la population à l'étude (Higgins et al., 2019). Également, la vaste majorité des études sont non contrôlées (n=5), ce qui ne permet pas nécessairement d'attribuer les effets au traitement. De plus, les caractéristiques sociodémographiques des participants (p. ex. autres comorbidités rencontrées, statut socio-économique de la famille et origine ethnique) sont peu rapportées dans les études recensées. Les participants ont aussi majoritairement été recrutés auprès de la population clinique et peu chez la population générale. L'ensemble de ces caractéristiques

(c.-à-d. petits échantillons, caractéristiques sociodémographiques peu explicitées et échantillons cliniques) limitent la validité externe et la généralisation des résultats de la présente recension (Higgins et al., 2019). De plus, plusieurs études incluaient des enfants qui prennent de la médication comme traitement au TDAH lorsque cette médication était stable durant l'étude. Les traitements psychopharmacologiques sont reconnus comme étant efficaces pour la réduction des symptômes associés au TDAH, comme l'inattention et l'hyperactivité (Catalá-López et al., 2017; Caye et al., 2019; Cortese et al., 2018). Il est donc possible qu'ils aient eu un effet positif pendant la TCC auprès des jeunes anxieux atteints du TDAH comorbide.

Malgré ces limites, la présente recension comporte plusieurs forces. D'abord, cette recension systématique a été menée selon une méthode rigoureuse et systématique de sélection, d'extraction et d'analyses des données. Effectivement, la sélection des études et l'extraction des données ont été effectuées par deux évaluateurs indépendants afin de garantir une standardisation dans la collecte des données. L'évaluation de la qualité méthodologique des études recensées a également été effectuée par deux évaluateurs indépendants. Par ailleurs, une multitude de bases de données ont été recensées, c'est-à-dire *PsycINFO*, *Medline*, *EMBASE*, *The Cochrane Library*, *Web of Science* et *ProQuest Dissertations & Thesis*, de manière à mener une recherche exhaustive de la littérature. Les mots-clés ont d'ailleurs été adaptés à chacune des bases de données par un expert de l'information spécialisé en psychologie de la Bibliothèque de l'Université Laval afin de limiter les risques d'omettre des études pertinentes. D'autre part, deux études sur les neuf incluses dans la recension proviennent de la littérature grise (c.-à-d. une thèse et une étude non publiée) minimisant le risque de biais de publication potentiel (Higgins et al., 2019).

Conclusion

Pour conclure, la présente recension systématique a permis d'effectuer une synthèse des connaissances sur l'efficacité de la TCC auprès des jeunes souffrant de TA et du TDAH en comorbidité. Les résultats de celle-ci indiquent que la TCC serait possiblement efficace dans la réduction des symptômes anxieux chez les jeunes atteints de TA et du TDAH en comorbidité. De plus, l'efficacité serait comparable à celle de la TCC auprès des jeunes sans le TDAH en comorbidité. Il est nécessaire d'effectuer davantage d'études dans le domaine afin d'approfondir les connaissances portant sur l'efficacité de la TCC des TA auprès des jeunes atteints de TA et du TDAH en comorbidité et, ainsi, offrir un traitement optimal à cette population clinique. Notamment, les études futures devraient s'intéresser aux modérateurs potentiels de

l'effet du traitement à l'aide de la mise en place de différentes conditions de traitement (p. ex. la participation parentale et les adaptations de la TCC pour pallier les difficultés associées au TDAH). Le devis des recherches futures devrait également être plus robuste, notamment grâce à des tailles échantillons plus grandes et l'assignation aléatoire des participants aux conditions de traitement. Enfin, des suivis à plus long terme devaient être effectués afin d'observer si les effets bénéfiques de la thérapie se maintiennent dans le temps, s'abaissent ou augmentent à force de pratiquer les stratégies apprises.

Références

- Beidas, R. S., Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Edmunds, J. M., & Kendall, P. C. (2010). Flexible applications of the coping cat program for anxious youth. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(2), 142-153. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.11.002>
- *Beriault, M., Turgeon, L., Labrosse, M., Berthiaume, C., Verreault, M., Berthiaume, C., & Godbout, R. (2018). Comorbidity of ADHD and anxiety disorders in school-age children: Impact on sleep and response to a cognitive-behavioral treatment. *Journal of Attention Disorders, 22*(5), 414-424. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1177/1087054715605914>
- Biederman, J., Newcorn, J., & Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *The American Journal of Psychiatry, 148*(5), 564-577. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.5.564>
- Biederman, J., Petty, C. R., Clarke, A., Lomedico, A., & Faraone, S. V. (2011). Predictors of persistent ADHD: an 11-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research, 45*(2), 150-155. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.06.009>
- Bögels, S. M., & Siqueland, L. (2006). Family cognitive behavioral therapy for children and adolescents with clinical anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 45*(2), 134-141. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000190467.01072.ee>
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J. P., & Rothstein, H. R. (2011). *Introduction to meta-analysis*. John Wiley & Sons. <https://doi.org/10.1002/9780470743386>
- Bowen, R., Chavira, D. A., Bailey, K., Stein, M. T., & Stein, M. B. (2008). Nature of anxiety comorbid with attention deficit hyperactivity disorder in children from a pediatric primary care setting. *Psychiatry Research, 157*(1), 201-209. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2004.12.015>
- Breinholst, S., Esbjørn, B. H., Reinholdt-Dunne, M. L., & Stallard, P. (2012). CBT for the treatment of child anxiety disorders: A review of why parental involvement has not enhanced outcomes. *Journal of Anxiety Disorders, 26*(3), 416-424.

- <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2011.12.014>
- Brown, T. E. (2000). *Attention-deficit disorders and comorbidities in children, adolescents, and adults*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Catalá-López, F., Hutton, B., Núñez-Beltrán, A., Page, M. J., Ridaó, M., Macías Saint-Gerons, D., Catalá, M. A., Tabarés-Seisdedos, R., & Moher, D. (2017). The pharmacological and non-pharmacological treatment of attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents: A systematic review with network meta-analyses of randomised trials. *PLoS One*, *12*(7), e0180355. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0180355>
- Caye, A., Swanson, J. M., Coghill, D., & Rohde, L. A. (2019). Treatment strategies for ADHD: an evidence-based guide to select optimal treatment. *Molecular Psychiatry*, *24*(3), 390-408. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0116-3>
- Cortese, S., Adamo, N., Del Giovane, C., Mohr-Jensen, C., Hayes, A. J., Carucci, S., Atkinson, L. Z., Tessari, L., Banaschewski, T., Coghill, D., Hollis, C., Simonoff, E., Zuddas, A., Barbui, C., Purgato, M., Steinhausen, H. C., Shokraneh, F., Xia, J., & Cipriani, A. (2018). Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, *5*(9), 727-738. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(18\)30269-4](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(18)30269-4)
- *Denis, I., BenAmor, L., Guay, M. C., & Foldes-Busque, G. (2021). *Efficacité préliminaire d'une intervention cognitivo-comportementale des troubles anxieux chez des enfants qui présentent un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité en comorbidité*. Article en préparation.
- Garcia, A. M., Sapyta, J. J., Moore, P. S., Freeman, J. B., Franklin, M. E., March, J. S., & Foa, E. B. (2010). Predictors and moderators of treatment outcome in the pediatric obsessive compulsive treatment study (POTS I). *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*(10), 1024-1033. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.06.013>
- Gosch, E. A. (2018). Treating a child with anxiety and attention-deficit/hyperactivity disorder? Don't rule out cognitive-behavioral therapy. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *57*(7), 457-459. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.04.007>
- *Gould, K. L., Porter, M., Lyneham, H. J., & Hudson, J. L. (2018). Cognitive-behavioral therapy for children with anxiety and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *57*(7), 481-490.e482. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2018.03.021>
- Grayson, J. B., Foa, E. B., & Steketee, G. (1982). Habituation during exposure treatment: Distraction vs attention-focusing. *Behaviour Research and Therapy*, *20*(4), 323-328. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(82\)90091-2](https://doi.org/10.1016/0005-7967(82)90091-2)
- *Halldorsdottir, T. (2014). *Comorbid ADHD: Implications for cognitive-behavioral therapy of youth with a specific phobia* (publication n° 10668508) [Ph.D., Virginia Polytechnic Institute and State University]. ProQuest Dissertations & Theses Global. Ann Arbor.
- Halldorsdottir, T., & Ollendick, T. H. (2014). Comorbid ADHD: Implications for the treatment of anxiety disorders in children and adolescents. *Cognitive and Behavioral Practice*, *21*(3), 310-322. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2013.09.001>
- Halldorsdottir, T., & Ollendick, T. H. (2016). Long-term outcomes of brief, intensive CBT for specific phobias: The negative impact of ADHD symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *84*(5), 465-471. <https://doi.org/10.1037/ccp0000088>
- *Halldorsdottir, T., Ollendick, T. H., Ginsburg, G., Sherrill, J., Kendall, P. C., Walkup, J., Sakolsky, D. J., & Piacentini, J. (2015). Treatment outcomes in anxious youth with and without comorbid ADHD in the CAMS. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *44*(6), 985-991. <https://doi.org/10.1080/15374416.2014.952008>
- *Houghton, S., Alsalmi, N., Tan, C., Taylor, M., & Durkin, K. (2017). Treating comorbid anxiety in adolescents with ADHD using a cognitive behavior therapy program approach. *Journal of Attention Disorders*, *21*(13), 1094-1104. <https://doi.org/10.1177/1087054712473182>
- Hudson, J. L., Krain, A. L., & Kendall, P. C. (2001). Expanding horizons: Adapting manual-based treatments for anxious children with comorbid diagnoses. *Cognitive and Behavioral Practice*, *8*(4), 338-346. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(01\)80007-9](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(01)80007-9)
- James, A., James, G., Cowdrey, F. A., Soler, A., & Choke, A. (2015). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Of Systematic Reviews* 2015(2), CD004690-CD004690. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004690.pub4>
- James, A., Soler, A., & Weatherall, R. (2005). Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Of Systematic Reviews*, *4*(4), CD004690.
- *Jarrett, M. A., & Ollendick, T. H. (2012). Treatment of comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder and anxiety in children: A multiple baseline design analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(2), 239-244. <https://doi.org/10.1037/a0027123>
- Jensen, P. S., Hinshaw, S. P., Kraemer, H. C., Lenora, N., Newcorn, J. H., Abikoff, H. B., March, J. S., Arnold, L. E., Cantwell, D. P., Conners, C. K., Elliott, G. R., Greenhill, L. L., Hechtman, L., Hoza, B., Pelham, W. E., Severe, J. B., Swanson, J. M., Wells, K. C., Wigal, T., & Vitiello, B. (2001). ADHD comorbidity findings from the MTA study: Comparing comorbid subgroups. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *40*(2), 147-158.

- <https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00009>
- 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 & Adolescent Psychiatry, 40*(7), 787-794. <https://doi.org/10.1097/00004583-200107000-00013>
- Kendall, P. C., Flanneryschroeder, E., Panichellimindel, S. M., Southamgerow, 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.
- Manassis, K., Tannock, R., Young, A., & Francis-John, S. (2007). Cognition in anxious children with attention deficit hyperactivity disorder: a comparison with clinical and normal children. *Behavioral and Brain Functions: BBF, 3*(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1744-9081-3-4>
- Maric, M., Bexkens, A., & Bögels, S. (2018). Is clinical anxiety a risk or a protective factor for executive functioning in youth with ADHD? A meta-regression analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 21*(3), 340-353. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0255-8>
- Maric, M., & Bögels, S. M. (2018). Parental involvement in CBT for anxiety-disordered youth revisited: Family CBT outperforms child CBT in the long term for children with comorbid ADHD symptoms. *Journal of Attention Disorders, 22*(5), 506. <https://doi.org/10.1177/1087054715573991>
- Mikami, A. Y., Ransone, M. L., & Calhoun, C. D. (2011). Influence of anxiety on the social functioning of children with and without ADHD. *Journal of Attention Disorders, 15*(6), 473-484. <https://doi.org/10.1177/1087054710369066>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLOS Medicine, 6*(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- MTA Collaborative Group. (1999). Moderators and mediators of treatment response for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: the Multimodal Treatment Study of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of General Psychiatry, 56*(12), 1088-1096. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.12.1088>
- National Institute for Clinical Excellence. (2013). Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment. London: National Collaborating Centre for Mental Health.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2012). *NICE Methods for the development of NICE public health guidance* (third edition). <https://www.nice.org.uk/process/pmg4/chapter/appendix-f-quality-appraisal-checklist-quantitative-intervention-studies>
- Parent, S., & Turgeon, L. (2012). *Intervention cognitivo-comportementale auprès des enfants et des adolescents*. Presses de l'Université du Québec.
- Pfiffner, L. J., & McBurnett, K. (2006). Family correlates of comorbid anxiety disorders in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology, 34*(5), 725-735. <https://doi.org/10.1007/s10802-006-9060-9>
- Schatz, D. B., & Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of Attention Disorders, 10*(2), 141-149. <https://doi-org.acces.bibl.ulaval.ca/10.1177/1087054706286698>
- Sciberras, E., Lycett, K., Efron, D., Mensah, F., Gerner, B., & Hiscock, H. (2014). Anxiety in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics, 133*(5), 801. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3686>
- *Sciberras, E., Mulraney, M., Anderson, V., Rapee, R. M., Nicholson, J. M., Efron, D., Lee, K., Markopoulos, Z., & Hiscock, H. (2018). Managing anxiety in children with ADHD using cognitive-behavioral therapy: A pilot randomized controlled trial. *Journal of Attention Disorders, 22*(5), 515. <https://doi.org/10.1177/1087054715584054>
- Shea, C. K. S., Lee, M. M. C., Lai, K. Y. C., Luk, E. S. L., & Leung, P. W. L. (2018). Prevalence of anxiety disorders in Hong Kong Chinese children with ADHD. *Journal of Attention Disorders, 22*(5), 403. <https://doi.org/10.1177/1087054714562830>
- 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. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3003_13
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Geffken, G. R., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., & Goodman, W. K. (2008). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47*(5), 583-592. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31816774b1>
- Tannock, R. (2009). ADHD with anxiety disorders. In *ADHD comorbidities: Handbook for ADHD complications in children and adults* (p. 131-155). American Psychiatric Publishing, Inc.
- *Verreault, M., & Berthiaume, C. (2010). Efficacité d'une thérapie cognitivo-comportementale auprès d'enfants présentant en concomitance un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité et un trouble anxieux. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 20*(3), 93-98. <https://doi.org/10.1016/j.jtcc.2010.09.005>
- Xia, W., Shen, L., & Zhang, J. (2015). Comorbid anxiety and depression in school-aged children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and self-reported symptoms of ADHD, anxiety, and depression among parents of school-aged children with and without ADHD (Original research article). *Shanghai Archives of Psychiatry, 27*(6), 356. <https://doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.215115>

Pour citer l'article

Roy-Potvin, C., Dufour, A., Foldes-Busque, G., Turcotte, S., & Denis, I. (2022). Efficacité de la thérapie cognitivo-comportementale chez les jeunes souffrant de troubles anxieux et du déficit d'attention avec hyperactivité en comorbidité: une recension systématique. *Psycause: Revue scientifique étudiante de l'École de psychologie de l'Université Laval*, 12(1), 7-22.

Droits d'auteur

© 2022 Roy-Potvin, Dufour, Foldes-Busque, Turcotte & Denis. Cet article est distribué en libre accès selon les termes d'une licence Creative Commons Attribution 4.0 International (de type CC-BY 4.0) qui permet l'utilisation du contenu des articles publiés de façon libre, tant que chaque auteur ou autrice du document original à la publication de l'article soit cité(e) et référencé(e) de façon appropriée.