

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Aline MARCHAL

Née le 15 janvier 1995 à NIORT (79)

**Etude observationnelle prospective de la symptomatologie anxieuse chez
des enfants d'âge primaire après participation à un groupe de Relaxation et
Affirmation de soi au CHRU de Tours**

Présentée et soutenue publiquement le 20 juin 2022 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT, Physiologie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Olivier BONNOT, Pédo-Psychiatrie, Faculté de Médecine – Nantes

Docteur Xavier ANGIBAULT, Pédo-Psychiatrie, PH, CH – Chinon

Directeurs de thèse :

Docteur Chrystèle BODIER, Pédo-Psychiatrie, PH, CHU – Tours

Docteur Ugo FERRER CATALA, Pédo-Psychiatrie, PH, CHU – Tours

RESUME

Introduction : Les troubles anxieux représentent le diagnostic psychiatrique le plus fréquent chez les enfants et sont responsables de multiples comorbidités, que ce soit au cours de l'enfance ou à l'âge adulte. Peu de données existent sur l'efficacité des techniques de relaxation et d'affirmation de soi dans la prise en charge des troubles anxieux de l'enfant. Notre étude avait pour but d'évaluer la symptomatologie anxieuse des enfants d'âge primaire après participation à un groupe de Relaxation et Affirmation de Soi proposé par le CHRU de Tours.

Matériel et méthode : L'objectif principal de notre étude était l'auto-évaluation de la symptomatologie anxieuse par l'échelle MASC. Nous avons également évalué la symptomatologie dépressive par la CDI, la qualité de vie par l'échelle AUQUEI, ainsi que la symptomatologie anxiodépressive perçue par les parents grâce aux sous échelles d'anxiété et de dépression de la CBCL. Le recueil prospectif se faisait en début de groupe, fin de groupe, puis à 6 mois de la fin du groupe.

Résultats : Les analyses statistiques portant sur 15 patients n'ont pas montré de diminution significative des scores de l'échelle MASC. Des résultats semblables ont été retrouvés pour la CDI et l'échelle AUQUEI. Une amélioration significative a été retrouvée pour les scores des sous-échelles d'anxiété et de dépression de l'hétéro-évaluation parentale CBCL, que ce soit à la fin du groupe ou 6 mois après.

Conclusion : Cette étude n'a pas permis de démontrer l'efficacité du groupe de Relaxation et Affirmation de Soi du CHRU de Tours. Il paraît nécessaire de poursuivre les recherches dans ce domaine afin d'évaluer le plein impact de cette thérapie et l'intérêt d'impliquer davantage les parents.

Mots clés : Trouble anxieux, Enfant, Relaxation, Affirmation de Soi

ABSTRACT

Introduction : Anxiety disorders are the most common psychiatric diagnosis in children. They are responsible for multiple comorbidities, whether during childhood or adulthood. Few data exist on the effectiveness of relaxation and assertiveness therapies in the management of children's anxiety disorders. The aim of our study was to assess the anxious symptomatology of primary school children after participating in a Relaxation and Assertiveness group therapy proposed by the University Hospital of Tours.

Material and method : The main objective of our study was the self-assessment of anxious symptomatology by the MASC. We also evaluated the depressive symptomatology by the CDI, the quality of life by the AUQUEI scale, as well as the anxious and depressive symptomatology perceived by the parents thanks to the anxiety and depression subscales of the CBCL. We collected the data at the beginning of the group, at the end of the group, and then 6 months after the end of the group.

Results : Statistical analyses of 15 patients did not show any significant reduction in MASC scores. Similar results were found for the CDI and the AUQUEI scales. A significant improvement was found for the scores of anxiety and depression subscales of the parent-reported CBCL, whether at the end of group therapy or 6 months later.

Conclusion : Our study did not demonstrate the effectiveness of the Relaxation and Assertiveness group therapy at the University Hospital of Tours. It seems necessary to pursue research in order to assess the full impact of this therapy and the interest of getting the parents more involved.

Keywords : Anxiety disorder, Child, Relaxation, Assertiveness

UNIVERSITÉ DE TOURS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOUREC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) - 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) - 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
APETOH Lionel.....	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique.....	Cardiologie
BAKHOS David.....	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne.....	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle ..	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOTBEAUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan.....	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François.....	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François.....	Médecine interne

MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIÉS

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIÉ DU 2ND DEGRÉ

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie

LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

BARBEAU Ludivine	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGÉS D'ENSEIGNEMENT

Pour l'École d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'École d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Éthique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury :

A Madame le Professeur Frédérique Bonnet-Brilhault. Vous me faites l'honneur de présider ce jury. Merci pour votre enseignement et pour votre implication dans ma formation en pédopsychiatrie, et ce dès mes premiers pas d'interne.

A Monsieur le Professeur Vincent Camus. Merci d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Merci également pour votre investissement et votre disponibilité auprès de tous les internes en psychiatrie. Les différentes gardes que j'ai pu réaliser avec vous ont toujours été les plus sereines pour moi.

A Monsieur le Professeur Olivier Bonnot. Merci de me faire l'honneur de participer à ce jury. Merci pour toutes vos propositions de formations en pédopsychiatrie pour les internes du Grand Ouest. Elles m'ont permis de grandement enrichir mes connaissances tout au long de mon internat.

Au Docteur Xavier Angibault. Merci d'avoir accepté, un peu à la dernière minute, de rejoindre ce jury. Mon stage à tes côtés a été des plus enrichissants. Tu sais à quel point je m'y suis plu. Merci de ta gentillesse, de ta bienveillance et de la confiance que tu m'accordes pour les années à venir.

Au Docteur Chrystèle Bodier. Merci de ta présence inébranlable tout au long de ce travail de thèse, de tes remarques toujours justes qui ont permis de nourrir ma réflexion et de ton enthousiasme qui m'a permis de m'investir toujours plus dans ce travail.

Au Docteur Ugo Ferrer-Catala. Merci d'avoir si bien ciblé ma demande et de m'avoir accompagnée dans la réalisation de cette thèse qui m'a beaucoup plu. Merci également pour ton esprit pratique, qui m'a sortie de bien des impasses.

Aux professionnels avec qui j'ai eu l'honneur de travailler :

Au Docteur Adrien Gateau. Merci d'avoir accepté d'encadrer un groupe avec moi pour ma thèse, et ce malgré ton emploi du temps chargé. Cela m'a permis de vraiment comprendre l'intérêt du travail que je faisais.

A Patrice Delavous. Merci pour tes conseils et pour ton investissement auprès des enfants participant à ce groupe.

A Catherine Boulier et Marie-Cécile Bastard. Merci pour votre aide précieuse lors du recueil des questionnaires, et désolée pour ces trop nombreuses sollicitations auxquelles vous avez toujours su répondre.

Merci aux différents médecins que j'ai croisé tout au long de mes stages d'interne et qui ont pris le temps de me transmettre leurs connaissances : Dr Laura Ponson, Dr Joëlle Malvy, Dr Emmanuelle Houy-Durand, Dr Pascale Vagapoff, Dr Laurence Joly, Dr Bertrand Michel, Dr Fabien Hermelin, Dr Yasmine El Allali, Dr Camille Richard, Dr Mailys Latry, Dr Isabelle Chazalotte et Dr Pascal Lenoir. Merci d'avance aux médecins qui continueront de me former dans mes stages à venir et dans ma pratique professionnelle future.

Aux différentes équipes avec qui j'ai pu travailler pendant mon internat, et qui m'ont toujours beaucoup apporté en termes de formation et de bienveillance. Merci tout particulièrement à l'équipe du Centre Oreste qui m'a si bien accueillie lors de mon dernier stage.

Aux équipes infirmières des urgences psychiatriques de Tours, Daumézon et Bourges. Merci d'avoir supporté mes râleries avec le sourire et d'avoir égayé mes gardes.

A mes amis :

A mes amis du foyer de l'Esvière et à ceux qui se sont rajoutés en chemin : Héloïse, Célin, Laure, Anne-Claire, Justin, Eudes et Alexis. Si j'ai réussi à aller au bout de mon externat et à trouver cette spécialité qui me plaît, c'est bien grâce à vous. J'ai toujours autant de plaisir à vous revoir, malgré la distance plus ou moins longue.

A la CUMP. Justine, Clément, Aude, PE, Hélène, Sarah, mes plus grands soutiens durant l'internat. Merci pour toutes ces soirées improvisées, ces verres de dernière minute, cette première soirée post-confinement. Merci à Alix, Francis et Elli qui nous rejoignent au fur et à mesure pour mon plus grand plaisir !

A ma promo : Sara, Mélissandre, Chris, Charlotte, Clotilde, Emmeline, Juliette, Marion. Merci pour tous ces temps partagés durant l'internat. Je vous souhaite le meilleur à tous !

Aux Thossica, parce qu'il faut bien quelques rhumatologues pour égayer mon internat. Merci pour ces multiples soirées en commun, essentielles pour pouvoir considérer une semaine comme réussie ! Merci Jess de m'avoir fait découvrir la pole, dans laquelle je m'épanouie pleinement.

Aux Inukshuk : Quentin, Nicolas, Soline, Lucie, Tom, Mélanie et Anne. Merci de votre soutien sans faille lorsque je combinais la réalisation de notre projet et mes premières années en médecine. Merci d'avoir continué à me soutenir pendant ces 10 longues années. J'ai commencé mes études avant vous, je les finirai après vous, comme vous l'aviez prédit dès le début ! Merci également à Margaux, pétillante de dynamisme, qui m'a donné ses bonnes adresses à Orléans et avec qui j'apprécie toujours autant faire les magasins lorsque j'ai un peu de temps libre !

A mes amis de Niort. Laurine depuis 23 ans, Rémi 21 ans et Alexia 13 ans. Merci d'avoir été présents à mes côtés tout ce temps !

A ma famille :

A Papa et Maman. Sans vous, rien n'aurait été possible. Merci de m'avoir encouragée et soutenue dans cette voie en me laissant faire mes propres choix. Merci pour toutes les valeurs que vous m'avez transmises et que j'essaie d'appliquer au quotidien dans mon travail et en dehors. Je suis fière de pouvoir soutenir ma thèse en votre présence. Je vous aime.

A mes frères et sœurs Clarisse, Rémi et Constance. Merci Clarisse pour les rares moments privilégiés dont j'avais droit étant petite, pour nos sorties courses durant l'externat, nos sorties resto durant l'internat. Cette fois ci, j'arrête de te suivre, j'ai enfin compris que tu en avais marre que je te copie ! Merci Rémichounichou pour nos multiples soirées tardives à te vernir les ongles et merci pour les quelques câlins que tu acceptes de ma part. Je te souhaite de trouver ton bonheur durant cet internat que tu commences. Merci Constance d'avoir finalisé cette fratrie, on se serait ennuyé sans toi, tes bouderies, tes histoires à rallonges et surtout ton grand cœur ! Merci enfin à Nicolas et Célestin, qui ont rallié la famille pour y ajouter toujours plus de bonne humeur.

A ma belle-famille. Merci Jacques-André, Brigitte, Anthony, Mathilde, Gaspard, Pauline, Jérémy et Alan de m'avoir si rapidement accueillie dans votre famille et merci pour votre soutien constant ces dernières années.

A Amaury. Merci de l'amour que tu m'apportes chaque jour. Tu fais ressortir le meilleur de moi. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	14
INTRODUCTION.....	15
MATERIEL ET METHODE	18
Description du groupe de relaxation et affirmation de soi	18
Objectifs de l'étude	18
Critères de jugement.....	19
Design de l'étude.....	20
Aspects éthiques	21
Analyses statistiques	21
RESULTATS	22
Analyse M0-M3	23
Analyse M0-M3-M9	26
DISCUSSION	29
Limites de l'étude.....	32
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	34
ANNEXES	38
Annexe 1 : Multidimensional Anxiety Scale fort Children (MASC).....	38
Annexe 2 : Echelle d'autoévaluation « Child Depression Inventory » (CDI)	40
Annexe 3 : Auto Questionnaire de Qualité de vie Enfant Imagé (AUQUEI)	43
Annexe 4 : Child Behaviour Check List, 6-18 ans (CBCL).....	45

LISTE DES ABREVIATIONS

AUQUEI : Auto-questionnaire Qualité de vie Enfant Imagé

CBCL : Child Behavior CheckList

CBCL-A : Child Behavior CheckList – Anxiety

CBCL-A/D : Child Behavior CheckList – Anxious/Depressed

CDI : Child Depression Inventory

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} édition

CMP : Centre Médico-Psychologique

MASC : Multidimensional Anxiety Scale for Children

TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive

TDAH : Trouble Déficitaire de l'Attention avec ou sans Hyperactivité

INTRODUCTION

Les troubles anxieux peuvent être décrits comme des « *peurs excessives pour l'âge, intenses et durables, et source d'une altération du fonctionnement avec détresse significative* » (1). Ils sont à distinguer des peurs physiologiques dans le développement de l'enfant, qui peuvent également être source de détresse mais sont transitoires (2). La classification internationale des maladies (CIM-10) fait la distinction entre les troubles émotionnels apparaissant spécifiquement dans l'enfance, que sont l'anxiété de séparation, les troubles anxieux phobiques et l'anxiété sociale de l'enfance, et les troubles anxieux communs à ceux des adultes, qui regroupent les troubles anxieux phobiques de l'adulte (agoraphobie, phobie sociale et phobies spécifiques), l'anxiété généralisée, le trouble panique et le trouble anxieux et dépressif mixte (3). L'enfance est une période de la vie à haut risque de développement de ces différents troubles avec un risque majoré d'anxiété de séparation et de phobies spécifiques avant 12 ans, puis de phobies sociales à l'adolescence (2 ; 4).

Les troubles anxieux représentent le diagnostic psychiatrique le plus fréquent dans l'enfance (1), avec une prédominance chez les jeunes filles s'accroissant jusqu'à atteindre un ratio de 2:1 à 3:1 à l'adolescence (2). La prévalence varie entre 8 et 30% selon les études (1 ; 2 ; 5 ; 6).

Même si les troubles anxieux de l'enfant ne semblent pas se chroniciser tels que décrits dans l'enfance, ils sont à l'origine de multiples comorbidités, pendant l'enfance ou à l'âge adulte, qui peuvent être d'autres troubles anxieux, des troubles de l'usage de substances ou encore des troubles dépressifs. Ils augmentent également le risque de tentatives de suicide (2 ; 5 ; 7–10). Les troubles anxieux de l'enfant étant à l'origine d'une cascade psychopathologique, il paraît donc nécessaire de les prendre en charge au mieux et au plus tôt.

Le traitement de première intention est la psychothérapie. Une pharmacothérapie peut être associée en cas d'échec de la psychothérapie seule (11). Parmi les psychothérapies évaluées, les thérapies cognitives et comportementales (TCC) semblent être les plus efficaces, avec un taux de rémission moyen à 56,7% contre 34,8% dans les groupes contrôles (12). Parmi les techniques de TCC on retrouve, entre autres, des techniques de relaxation et d'affirmation de soi.

La relaxation est une technique qui vise, par des moyens physiques et psychiques, à obtenir une détente musculaire et de l'esprit, un état général de bien-être, ainsi qu'une meilleure connaissance de soi-même, de ses émotions et de son environnement (13). Sur le plan physiologique, la pratique de la relaxation permet une mise au repos du système nerveux sympathique et une activation du système nerveux parasympathique, donnant lieu à une diminution de la fréquence cardiaque, du rythme respiratoire et de la pression artérielle et à une augmentation de la circulation périphérique avec vasodilatation des extrémités (13 ; 14). Sur le plan neurophysiologique, on retrouve une modification de l'électro-encéphalogramme avec un renforcement du rythme alpha (8 à 13Hz) étendu à l'ensemble du cortex cérébral. Ce rythme est retrouvé de manière plus importante chez les personnes naturellement détendues ou en état de relaxation (13). Il existe de nombreuses techniques de relaxation dont les plus connues sont le training autogène de Schultz et la relaxation musculaire progressive de Jacobson. Elles peuvent être classées en deux catégories entre les techniques à point de départ corporel (contrôle respiratoire, cohérence cardiaque, relaxation musculaire, etc) et à point de départ mental (imagerie mentale, méditation, etc) (15). Une méta-analyse de 16 articles a montré l'efficacité des techniques de relaxation dans le cadre des troubles anxieux de l'adulte avec une taille de l'effet à 0,62 (16). Dans un cadre pédiatrique, elles ont montré leur efficacité dans l'asthme, les douleurs chroniques ou encore la diminution de l'anxiété périopératoire (17–20). La relaxation est cependant peu étudiée dans le cadre des troubles anxieux de l'enfant.

L'affirmation de soi peut, quant à elle, être définie comme la capacité à exprimer son avis, ses émotions ou ses désirs sans se montrer agressif ou résigné, afin de dire et d'obtenir ce que la personne souhaite. C'est « *oser dire ce que l'on pense et ressent tout en respectant ce que l'autre pense et ressent, un des objectifs étant de garder ou d'améliorer ses relations* » (21). L'affirmation de soi se travaille au mieux en groupe, lors de jeux de rôles. Cela peut être utile pour les patients anxieux, leur permettant de prendre confiance en eux, et renforçant ainsi leur capacité à prendre des décisions. Elle est d'autant plus utile si le patient souffre d'une anxiété sociale (21). Les études réalisées retrouvent une efficacité de ces thérapies chez l'enfant entraînant une diminution des scores d'anxiété et une amélioration des performances scolaires et des habilités sociales (22–25). Cependant, ces études restent de faible niveau de preuve.

Le CHRU de Tours propose depuis plusieurs années aux patients de 6 à 12 ans présentant un trouble anxieux de participer à un groupe thérapeutique de relaxation et d'affirmation de soi. Les études suggérant une efficacité des thérapies d'affirmation de soi et de la relaxation sur les scores d'anxiété, le but de cette étude prospective était d'évaluer l'efficacité de ce groupe thérapeutique sur l'anxiété, mais également sur les symptômes dépressifs et la qualité de vie, étroitement liés à la symptomatologie anxieuse. Nous faisons l'hypothèse d'une amélioration des scores d'anxiété, de dépression et de qualité de vie chez les participants.

MATERIEL ET METHODE

Pour ce faire, nous avons réalisé une étude observationnelle prospective monocentrique auprès des enfants qui ont participé au groupe thérapeutique de relaxation et d'affirmation de soi entre octobre 2020 et janvier 2022. Il n'a pas été possible de mettre en place un groupe contrôle devant le refus de participation des parents dont les enfants étaient sur la liste d'attente du groupe thérapeutique.

Description du groupe de relaxation et affirmation de soi

Ce programme thérapeutique, mis en place par le Centre Universitaire de Pédopsychiatrie du CHRU de Tours, s'adresse aux enfants scolarisés en école élémentaire et présentant un trouble anxieux. Il se compose de 12 séances de 1h à raison d'une séance par semaine pour 4 à 6 enfants par groupe. La première et la dernière séance se font en présence des parents. Des entretiens téléphoniques avec les parents ont été organisés en début et fin de groupe lorsque les séances avec les parents n'étaient pas possibles du fait du contexte de la pandémie de Covid-19. Le groupe est encadré par deux thérapeutes : un psychiatre et un infirmier en psychiatrie formés à la relaxation et aux techniques d'affirmation de soi. Les séances sont composées de 35 à 40 minutes de travail d'affirmation de soi en passant par des jeux de rôles puis de 20 à 25 minutes de relaxation utilisant différentes techniques (contrôle respiratoire, relaxation musculaire progressive de Jacobson, training autogène de Schultz, imagerie mentale, etc).

Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact des groupes de relaxation et d'affirmation de soi sur la clinique anxieuse des enfants pris en charge au Centre Universitaire de Pédopsychiatrie en mesurant l'évolution des scores d'anxiété avant et après la participation au groupe.

Les objectifs secondaires sont d'évaluer l'impact de ces mêmes groupes sur la clinique dépressive et la qualité de vie des enfants participants ainsi que sur la perception que les parents ont des troubles anxio-dépressifs de leur enfant. Nous avons également voulu évaluer l'évolution des troubles à 6 mois de la fin du groupe.

Critères de jugement

Nous avons choisi comme critère de jugement principal l'évolution du score d'anxiété sur l'échelle d'auto-évaluation MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children) (Annexe 1). C'est une évaluation validée pour les enfants de 8 à 18 ans (26) qui contient 39 items avec une cotation allant de 0 à 117. Plus le score est élevé, plus la symptomatologie anxieuse est importante. Elle a l'avantage d'être suffisamment précise pour pouvoir détecter une évolution grâce à une pondération des symptômes entre 0 et 3 pour chaque item. De plus, elle permet de repérer 4 dimensions différentes de l'anxiété que sont les symptômes physiques, l'anxiété sociale, l'anxiété de séparation et l'évitement du danger (27). L'étude princeps date de 1997, et avait une bonne consistance interne (28) et une bonne fidélité test-retest (29). La version française date quant à elle de 2006 et présente une consistance interne du total à 0,9 et entre 0,69 et 0,88 pour les différentes dimensions (27). Il y a également une bonne corrélation à environ 0,6 avec les deux autres grandes échelles d'anxiété que sont la RCMAS et la STAIC (26). L'étude francophone a retrouvé des scores moyens de 45,89 chez les filles et 42,73 chez les garçons de fin primaire en population générale (26).

Pour évaluer la symptomatologie dépressive, nous avons décidé d'utiliser une échelle validée chez les enfants : la Child Depression Inventory (CDI) (Annexe 2). Il s'agit de l'adaptation pour les enfants de l'inventaire de dépression de Beck (26). C'est une échelle de 27 items, cotée de 0 à 54. Un score supérieur ou égal à 15 est en faveur d'un trouble dépressif (26). La version originale date de 1981 et est validée pour les enfants de 7 à 17 ans (30). Les coefficients de consistance de la version anglaise varient entre 0,71 et 0,89 pour le score total, et la validité test-retest est supérieure à 0,6 (26).

Pour évaluer la qualité de vie de l'enfant, nous avons utilisé l'Auto-questionnaire de Qualité de vie Enfant Imagé (AUQUEI) (Annexe 3). C'est une échelle française pour les enfants de 6 à 12 ans qui présente 26 items avec une cotation allant de 0 à 78. Plus le score est élevé, meilleure est la qualité de vie. Elle possède une bonne fidélité interne (coefficient alpha à 0,71) et un test-retest sans différence significative (31). Elle a l'avantage de permettre une évaluation de la qualité de vie et de fournir des mesures de satisfaction et d'émotions, sans cibler une pathologie particulière. Elle est donc particulièrement utilisée dans les cas de problématique de santé mentale (32).

Nous avons ajouté une hétéroévaluation par les parents aux 3 premières échelles afin d'obtenir une évaluation plus fine, surtout dans le cas des enfants plus jeunes pour lesquels l'auto-évaluation peut être plus difficile à compléter et moins fiable. Nous avons décidé d'utiliser l'échelle Child Behavior Checklist (CBCL) qui s'applique aux enfants de 6 à 18 ans et permet un dépistage en population générale des enfants à risque de présenter des troubles émotionnels et du comportement (26). C'est une échelle validée avec une bonne fidélité inter-juge et test-retest (33). Elle comporte de nombreux items qui évaluent différentes sphères des troubles émotionnels et du comportement. Nous avons sélectionné les items à remplir par les parents, pour qu'ils correspondent aux symptômes d'anxiété et de dépression. Les items proposés sont donc ceux du CBCL-A (CBCL-Anxiety) et du CBCL-AD (CBCL-Anxious/Depressed) et représentent 21 items (Annexe 4). Le CBCL-A est une sous-échelle à 16 items qui permet de prédire la présence de trouble anxieux généralisé, d'une anxiété sociale ou d'une anxiété de séparation, ainsi que sa sévérité. Sa cotation se fait de 0 à 32. Elle permet d'identifier préférentiellement les symptômes d'anxiété généralisée sévère au détriment des troubles anxieux spécifiques. Sa consistance interne est à 0,75 (coefficient alpha de Cronbach) (34). La CBCL-AD à 13 items, donnant des scores allant de 0 à 26, permet un dépistage des troubles anxieux et/ou dépressif chez l'enfant avec une fidélité test-retest à 0,86, une fidélité inter-juge à 0,77 et une consistance interne à 0,83 (coefficient alpha de Cronbach) (34–36). Elle est cependant peu corrélée avec les classifications du DSM (35).

Design de l'étude

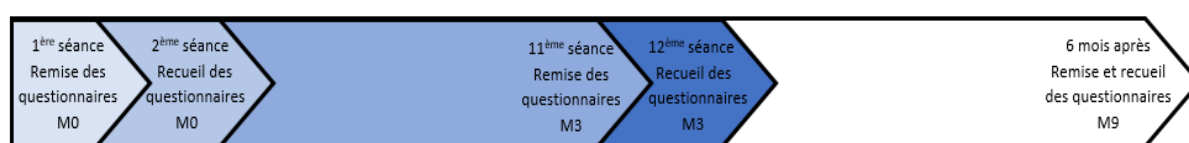


Figure 1: Design de l'étude

Les premiers questionnaires étaient remis lors de la première séance en présence des parents puis récupérés à la deuxième séance (M0). Ils étaient accompagnés d'un questionnaire démographique recueillant le sexe, l'âge et le niveau scolaire de l'enfant, ainsi que le statut marital des parents. Les mêmes questionnaires étaient remis 3 mois après, lors de la onzième séance, et récupérés lors de la dernière séance en présence des parents (M3). Enfin, une dernière série de questionnaires étaient remis aux parents des 3 premiers groupes participants à 6 mois de la fin du groupe (M9) puis récupérés par voie postale ou électronique (Figure 1).

Nous avons également recueilli les diagnostics codés par les psychiatres référents.

Aspects éthiques

Le protocole a été approuvé par le groupe éthique d'aide à la recherche clinique pour les protocoles de recherche non soumis au comité de protection des personnes (n°2021-005). Une lettre d'information a été remise aux parents et leur consentement recueilli avant l'inclusion.

Analyses statistiques

Les résultats sont exprimés en moyenne et écart-type. Pour les comparaisons des variables quantitatives, un test de Friedman à mesures répétées a été réalisé à l'aide du logiciel JASP. Le seuil de significativité statistique p a été choisi à 0,05. Les enfants perdus de vue à M3 ont été sortis de l'analyse et les scores ont été calculés au plus défavorable pour notre hypothèse lorsque les questionnaires étaient incomplets.

RESULTATS

Sur les 20 enfants participant au groupe de relaxation et affirmation de soi, les données de 15 enfants ont pu être utilisées pour l'analyse avant-après groupe thérapeutique (M0-M3). Les données de seulement 10 enfants ont quant à elles pu être utilisées pour l'analyse incluant les questionnaires à 6 mois de la fin du groupe thérapeutique (M0-M3-M9), l'étude ayant dû se terminer avant le M9 du dernier groupe (Figure 2).

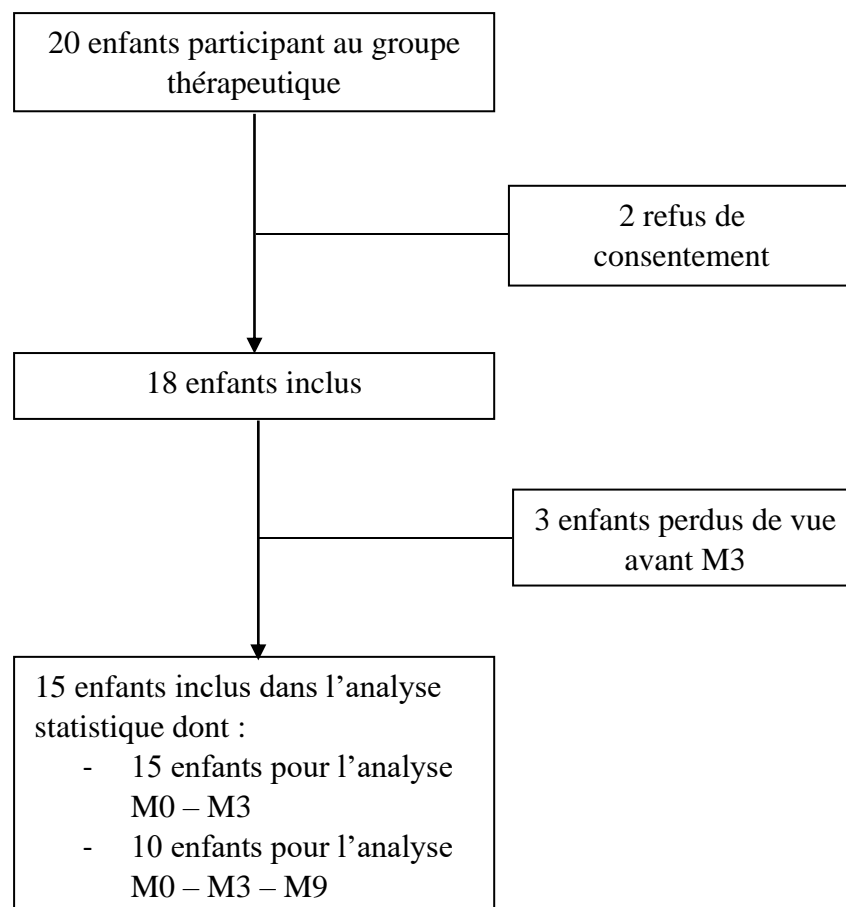


Figure 2: Diagramme de flux

Analyse M0-M3

Le **Tableau 1** résume les principales caractéristiques de la population. Les enfants inclus avaient entre 8 et 10 ans et étaient pour majorité des garçons (66,7%). Ils étaient tous en école élémentaire, entre le CE1 et le CM2. Leurs parents étaient majoritairement en couple (66,7%). Ils présentaient des troubles anxieux aspécifiques, habituels dans l'enfance : troubles émotionnels de l'enfance et troubles de l'adaptation. Les deux tiers des enfants présentaient au moins une comorbidité psychiatrique (66,7%) avec une majorité de troubles du développement des acquisitions scolaires (53,3). Les autres comorbidités retrouvées étaient des troubles de l'acquisition du langage (6,7%), des troubles spécifiques du développement moteur (13,3%) et des perturbations de l'activité et de l'attention (26,7%). Trois enfants présentaient respectivement une hyperphagie, un mutisme sélectif et une encoprésie.

Le **Tableau 2** présente les moyennes et écart-types des différents tests à M0 et M3. On retrouvait une diminution des scores sans différence significative pour le MASC ($p = 0,782$). Concernant les objectifs secondaires, on ne retrouvait pas de différence significative pour la CDI ($p = 0,564$) malgré une diminution des scores entre M0 et M3. Les scores du AUQUEI étaient restés stables. On retrouvait une diminution significative des scores des hétéro-questionnaires CBCL-A ($X^2 = 4,571$; $p = 0,033$) et CBCL-AD ($X^2 = 5,333$; $p = 0,021$).

Tableau 1: Caractéristiques de la population (n=15)

Patients	N(%)
Sexe	
- Masculin	10 (66.7)
- Féminin	5 (33.3)
Âge	
- 8 ans	7 (46.7)
- 9 ans	5 (33.3)
- 10 ans	3 (20)
Niveau scolaire	
- CE1	1 (6.7)
- CE2	5 (33.3)
- CM1	6 (40)
- CM2	3 (20)
Statut du couple parental	
- En couple	10 (66.7)
- Séparés	5 (33.3)
Comorbidités psychiatriques	10 (66.7)
Dont :	
- Troubles du développement des acquisitions scolaires	8 (53.3)
- Trouble de l'acquisition du langage	1 (6.7)
- Trouble spécifique du développement moteur	2 (13.3)
- Perturbation de l'activité et de l'attention	4 (26.7)
- Autres	3 (20)
Nombre de comorbidités psychiatriques	
- Aucune	5 (33.3)
- 1	3 (20)
- 2	6 (40)
- 3	1 (6.7)

Tableau 2: Tests de Friedman de comparaison des scores M0 et M3

	M0	M3		
	Moyenne (SD)	Moyenne (SD)	X²	p-value
MASC	56.43 (17.08)	54.79 (15.89)	0.077	0.782
CDI	14.2 (8.01)	11.6 (6.67)	0.333	0.564
AUQUEI	51.2 (9.25)	51.67 (7.49)	0	1.00
CBCL A	15.73 (5.35)	12.73 (7.27)	4.571	0.033
CBCL A/D	12.07 (5.26)	9.4 (6.74)	5.333	0.021

Analyse M0-M3-M9

Pour l'analyse M0-M3-M9 qui visait à étudier la persistance dans le temps des effets du groupe thérapeutique, les données concernaient 10 enfants. Les caractéristiques de cette population sont résumées dans le **Tableau 3**. Elle était constituée d'enfants de 8 à 9 ans répartis entre les classes de CE1 et CM2. Leur sexe était majoritairement masculin (70%) et 80% présentaient des comorbidités en plus du trouble anxieux.

Le **Tableau 4** présente les moyennes et écart-types des différents scores à M0, M3 et M9. On ne retrouvait pas de différence significative pour les scores du MASC ($p = 0,895$). Concernant les objectifs secondaires, il n'y avait pas de différence significative des scores de la CDI ($p = 0,402$) ni de l'AUQUEI ($p = 0,924$). Comme pour l'analyse M0-M3, on retrouvait une diminution significative du score CBCL-AD ($X^2 = 9,235$; $p = 0,010$). Des tests post-hoc (**Tableau 5**) ont été réalisés afin de comparer entre eux les scores de M0, M3 et M9. Ils retrouvaient une différence significative sur la comparaison M0-M3 ($T = 3,062$; $p_{\text{bonf}} = 0,020$) et l'absence de différence significative sur les mesures M0-M9 et M3-M9. Concernant le CBCL-A, on ne retrouvait pas de différence significative ($p = 0,057$). Nous avons tout de même fait figurer à titre indicatif les tests post-hoc sur le **Tableau 6**. En effet, la taille de l'effet étant importante ($X^2 = 5,737$) et le p étant très proche de 0,05, nous pouvons supposer que l'on trouverait une différence significative avec un effectif plus élevé. Sur les tests post-hoc, on peut remarquer que la différence se trouverait sur la comparaison M0-M3, dans une moindre mesure sur la comparaison M0-M9, et qu'on ne retrouverait pas de différence sur la comparaison M3-M9. L'absence de différence M3-M9 sur les tests post-hoc du CBCL-A et CBCL-AD semble orienter vers une persistance à 6 mois des effets du groupe même si on note une légère ré-augmentation des scores entre M3 et M9.

Tableau 3: Caractéristiques de la population (n=10)

Patients	N(%)
Sexe	
- Masculin	7 (70)
- Féminin	3 (30)
Âge	
- 8 ans	6 (60)
- 9 ans	4 (40)
Niveau scolaire	
- CE1	1 (10)
- CE2	4 (40)
- CM1	4 (40)
- CM2	1 (10)
Statut du couple parental	
- En couple	7 (70)
- Séparés	3 (30)
Comorbidités psychiatriques	8 (80)
Dont :	
- Troubles du développement des acquisitions scolaires	6 (60)
- Trouble de l'acquisition du langage	1 (10)
- Trouble spécifique du développement moteur	2 (20)
- Perturbation de l'activité et de l'attention	3 (30)
- Autres	2 (20)
Nombre de comorbidités psychiatriques	
- Aucune	2 (20)
- 1	3 (30)
- 2	4 (40)
- 3	1 (10)

Tableau 4: Tests de Friedman de comparaison des scores M0, M3 et M9

	M0	M3	M9		
	Moyenne (SD)	Moyenne (SD)	Moyenne (SD)	X²	p-value
MASC	56.89 (19.35)	54.67 (17.04)	52.89 (22.31)	0.222	0.895
CDI	12.8 (5.90)	10.3 (5.23)	11.4 (6.45)	1.824	0.402
AUQUEI	51.5 (9.23)	50.3 (7.68)	49.2 (5.61)	0.158	0.924
CBCL A	15.7 (6.55)	11.9 (8.33)	13.2 (7.90)	5.737	0.057
CBCL A/D	12.5 (6.17)	9.3 (7.68)	10 (7.02)	9.235	0.010

Tableau 5: Tests post-hoc des scores CBCL-AD

CBCL-AD	T-Stat	Pbonferroni
M0-M3	3.062	0.020
M0-M9	1.347	0.584
M3-M9	1.715	0.311

Tableau 6: Tests post hoc des scores CBCL-A

CBCL-A	T-Stat	Pbonferroni
M0-M3	2.186	0.127
M0-M9	1.956	0.199
M3-M9	0.230	1.00

DISCUSSION

Notre étude retrouve une légère amélioration non significative des scores d'auto-évaluation de l'anxiété et de la dépression chez les enfants d'âge primaire ayant participé au groupe de Relaxation et Affirmation de Soi du CHRU de Tours. Elle ne montre pas d'amélioration des scores d'auto-évaluation de la qualité de vie. Elle montre en revanche une amélioration significative des scores de l'hétéro-évaluation portant sur le comportement observé par les parents dans le champ de l'anxiété et de la dépression.

Elle a comme points forts un recueil prospectif sur 9 mois, permettant une évaluation étendue jusqu'à 6 mois après le groupe, et une évaluation assez complète du fait d'auto et hétéro-questionnaires validés. Elle permet l'étude d'un groupe unique, à des fins d'amélioration de la pratique, voire d'élargissement de cette pratique à d'autres centres médico-psychologiques (CMP).

On ne retrouve que peu de données sur l'efficacité de la relaxation et de l'affirmation de soi dans les troubles anxieux de l'enfant. Cependant, quelques études étudient l'efficacité de la relaxation et de l'affirmation de soi chez des enfants atteints de pathologies somatiques ou dans les troubles anxieux de l'adultes et montrent une efficacité de ces deux techniques, séparément l'une de l'autre (16–20 ; 22–25).

Il est également possible de comparer notre groupe à des programmes de TCC, ces programmes incluant des techniques de relaxation et d'affirmation de soi associées à d'autres techniques de TCC. Une méta-analyse de 2020 incluant 87 études (5964 patients au total) retrouvait une efficacité des TCC sur la symptomatologie anxieuse (49% de rémission versus 18% dans le groupe sans traitement ou sur liste d'attente, OR = 5,45) et dépressive (37). Cependant, cette méta-analyse ne permet pas de discriminer les résultats des enfants d'âge primaire des autres catégories d'âge, notamment les adolescents. De plus, elle ne comptait également que peu d'enfants présentant des comorbidités. Or, la population de notre étude est une population de CMP présentant de nombreuses comorbidités, notamment des troubles dys et des troubles déficitaires de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), pour lesquels la problématique anxieuse n'est pas unique ni principale. On peut donc envisager que les interventions ciblées sur la symptomatologie anxieuse soient moins efficaces. Quelques études à petits effectifs semblent tout de même montrer qu'une prise en charge de l'anxiété par des TCC amélioreraient les symptômes anxieux, attentionnels et d'hyperactivité (38 ; 39).

L'intervention proposée lors de groupe de Relaxation et Affirmation de Soi du CHRU de Tours reste tout de même différente des interventions proposées dans cette méta-analyse. En effet, cette celle-ci n'a inclus que les études proposant des interventions standardisées tels que le programme « *Coping Cat* » (40), « *Cool Kids* » (41) etc. Ces interventions devaient avoir pour objectifs de faire reconnaître les symptômes d'anxiété à l'enfant, comprendre ses cognitions lors de situations anxiogènes, de modifier ces cognitions et de proposer une réponse comportementale. Notre groupe de Relaxation et d’Affirmation de Soi cible quant à lui plutôt la réponse comportementale et ne propose pas de travail sur les cognitions. Il est donc moins complet, ce qui pourrait expliquer en partie la moindre efficacité alors que les données de la littérature sont en faveur d'une efficacité de ces techniques chez les enfants atteints d'un trouble anxieux.

En revanche, ce groupe a l'avantage d'être facilement accessible à des enfants présentant des comorbidités type TDAH et troubles dys, qui rendent difficile le travail sur les cognitions. C'est un groupe qui reste limité dans le temps (12 séances), permettant une bonne observance des patients. En effet, seulement 2 enfants sur les 20 ayant participé ne sont pas allés au terme de ce groupe. Enfin, il a l'avantage de pouvoir se mettre en place plus facilement qu'un groupe de TCC car nécessite une formation moins importante et moins coûteuse des thérapeutes.

Enfin, il nous paraissait également important de se pencher sur la différence de résultats entre l'auto et l'hétéro-évaluation par les parents. Des questions se posent en effet quant à la valeur de l'hétéro-évaluation parentale. Dans la littérature, on retrouve de nombreuses études comparant les auto et hétéro-questionnaires chez l'enfant et l'adolescent, mais peu concernant directement les questionnaires que nous avons utilisés. Les résultats de ces études sont très variés, retrouvant en général une concordance faible à modérée entre les évaluations des parents et celles des enfants (42 ; 43). En effet, la plupart des études montrent que les parents, notamment les mères, ont tendance à sous-estimer la qualité de vie de leur enfant (42). Les résultats sont plus variés pour l'évaluation de la symptomatologie anxieuse, qui peut être sous-estimée ou surestimée selon les études (44 ; 45).

Cette fiabilité peut varier en fonction de l'âge de l'enfant et de l'état psychologique des parents (37 ; 46). En effet, un parent présentant un niveau de détresse important ou une mauvaise qualité de vie aurait tendance à évaluer de manière plus pessimiste l'état psychique de son enfant (47). En faisant ce constat, on peut imaginer que la participation des enfants au groupe de Relaxation et Affirmation de soi pourrait permettre une amélioration de l'état

psychique des parents, rassurés par la prise en charge, qui pourrait expliquer l'amélioration des scores de l'hétéro-évaluation. A cela s'ajoutent les explications faites aux parents sur les objectifs du groupe et les moyens d'y parvenir (plaquette explicative remise avant le groupe et séances en présence des parents en début et fin de groupe) qui peuvent entrer dans le cadre d'une psychoéducation des parents a minima.

Afin d'améliorer le groupe de Relaxation et Affirmation de Soi, nous pouvons nous appuyer sur deux constats : l'efficacité sur les scores de l'hétéro-évaluation parentale et la population de CMP de notre étude qui présente de multiples comorbidités rendant difficilement accessibles les thérapies avec des valences cognitives plus importantes de type TCC. Ainsi, nous pouvons nous questionner sur l'intérêt d'une inclusion plus importante des parents au sein du groupe, voire de la création d'un groupe de psychoéducation pour les parents. Plusieurs programmes de thérapies de groupes pour parents d'enfants anxieux ont été étudiés et ont montré une efficacité nette par rapport aux groupes contrôles voire comparable aux groupes pour enfants (48–50). A cela s'ajoute la possibilité pour les thérapeutes, selon le profil des enfants accueillis sur le groupe, de rajouter des temps de travail sur les cognitions anxieuses. Enfin, nous nous sommes également questionnés sur le moyen de maintenir la réponse sur le long terme. Ce peut être par un travail sur les cognitions dispensé pendant le groupe ou à la suite du groupe, en individuel, pour les enfants qui semblent se saisir de ces techniques. Nous envisageons également la création d'un support écrit récapitulant de manière simple les différentes techniques de relaxation et les notions acquises en affirmation de soi. Il serait délivré à la fin du groupe aux enfants ainsi qu'aux parents.

Limites de l'étude

Les limites de cette étude sont notamment le faible effectif de patients ainsi que l'absence de groupe contrôle. En effet, les enfants participant au groupe bénéficiaient de prises en charge variées, que ce soit de l'orthophonie, de la psychomotricité, des consultations médicales, etc. Un groupe contrôle semblable à cette population ou un effectif plus important auraient pu permettre d'observer si une prise en charge complémentaire est à l'origine d'un biais dans les résultats actuels. On peut tout de même noter qu'aucun des enfants ne bénéficiait d'une psychothérapie en parallèle.

De plus, on note que les scores des hétéro-évaluations semblent ré-augmenter 6 mois après le groupe, sans pour autant rejoindre les scores avant groupe. On peut donc se questionner sur la persistance dans le temps des bénéfices repérés par les parents, ce qui nécessiterait un recueil prospectif plus long.

Enfin, il aurait été intéressant de pouvoir ajouter une évaluation médicale en sus des questionnaires afin d'obtenir une évaluation plus complète de la symptomatologie anxieuse.

CONCLUSION

Notre étude ne nous a pas permis de montrer statistiquement une efficacité du groupe de Relaxation et Affirmation de soi, même si une tendance à l'amélioration du trouble anxieux se dessine. En revanche, ses résultats hétérogènes entre les auto-évaluations des enfants et les hétéro-évaluations parentales nous permettent de nous interroger sur la place des parents dans la prise en charge des enfants. Notre travail ouvre la porte à d'autres études portant sur l'intérêt d'une implication plus importante des parents dans le groupe actuel ou de la mise en place d'un groupe parents, afin de diminuer la symptomatologie anxieuse de ces enfants souvent atteints de multiples comorbidités psychiatriques. Enfin, cette étude souligne l'intérêt de pouvoir adjoindre à ce groupe un travail sur les cognitions anxieuses en fonction du profil des enfants accueillis sur le groupe.

BIBLIOGRAPHIE

1. Denis H, Baghdadli A. Les troubles anxieux de l'enfant et l'adolescent. Arch Pédiatrie. 1 janv 2017;24(1):87-90.
2. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. Psychiatr Clin North Am. 1 sept 2009;32(3):483-524.
3. Organisation mondiale de la santé. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research. 1993. 263 p.
4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. juin 2005;62(6):593-602.
5. Wehry A, Beesdo-Baum K, Hennelly M, Connolly S, Strawn J. Assessment and Treatment of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Curr Psychiatry Rep. juill 2015;17(7):1.
6. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J Child Psychol Psychiatry. mars 2015;56(3):345-65.
7. Woodward LJ, Fergusson DM. Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. sept 2001;40(9):1086-93.
8. Bittner A, Egger HL, Erkanli A, Jane Costello E, Foley DL, Angold A. What do childhood anxiety disorders predict? J Child Psychol Psychiatry. déc 2007;48(12):1174-83.
9. Zimmermann P, Wittchen HU, Höfler M, Pfister H, Kessler RC, Lieb R. Primary anxiety disorders and the development of subsequent alcohol use disorders: a 4-year community study of adolescents and young adults. Psychol Med. oct 2003;33(7):1211-22.
10. Beesdo K, Bittner A, Pine DS, Stein MB, Höfler M, Lieb R, et al. Incidence of social anxiety disorder and the consistent risk for secondary depression in the first three decades of life. Arch Gen Psychiatry. août 2007;64(8):903-12.
11. Connolly SD, Bernstein GA. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Anxiety Disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1 févr 2007;46(2):267-83.
12. Cartwright-Hatton S, Roberts C, Chitsabesan P, Fothergill C, Harrington R. Systematic review of the efficacy of cognitive behaviour therapies for childhood and adolescent anxiety disorders. Br J Clin Psychol. 2004;43(4):421-36.
13. Chapelle F, Monié B, Poinot R, Rusinek S. Relaxation. In: Aide-Mémoire : Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions. 3^e éd. Dunod; 2018. p. 219-28.

14. Benson H, Rosner BA, Marzetta BR, Klemchuk HP. Decreased blood pressure in borderline hypertensive subjects who practiced meditation. *J Chronic Dis.* 1974;27(3):163-9.
15. Lecomte C, Servant D. Relaxation. In: *Les thérapies comportementales, cognitives et émotionnelles en 150 fiches.* Elsevier. 2020. p. 183-98. (Pratiques en psychothérapie).
16. Kim H sil, Kim EJ. Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Arch Psychiatr Nurs.* 2018;32(2):278-84.
17. Palermo TM, Eccleston C, Lewandowski AS, Williams AC de C, Morley S. Randomized controlled trials of psychological therapies for management of chronic pain in children and adolescents: an updated meta-analytic review. *Pain.* mars 2010;148(3):387-97.
18. Yorke J, Fleming SL, Shuldham C. A systematic review of psychological interventions for children with asthma. *Pediatr Pulmonol.* févr 2007;42(2):114-24.
19. Sabherwal P, Kalra N, Tyagi R, Khatri A, Srivastava S. Hypnosis and progressive muscle relaxation for anxiolysis and pain control during extraction procedure in 8-12-year-old children: a randomized control trial. *Eur Arch Paediatr Dent Off J Eur Acad Paediatr Dent.* oct 2021;22(5):823-32.
20. Vagnoli L, Bettini A, Amore E, De Masi S, Messeri A. Relaxation-guided imagery reduces perioperative anxiety and pain in children: a randomized study. *Eur J Pediatr.* juin 2019;178(6):913-21.
21. Chapelle F, Monié B, Poinot R, Rusinek S. Affirmation de soi. In: *Aide-Mémoire : Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions.* 3^e éd. Dunod; 2018. p. 211-7.
22. Avşar F, Ayaz Alkaya S. The effectiveness of assertiveness training for school-aged children on bullying and assertiveness level. *J Pediatr Nurs.* sept 2017;36:186-90.
23. Niushaa B, Farghadanib A, Safaric N. Effects of Assertiveness Training on Test Anxiety of Girl Students in First Grade of Guidance School. *Procedia - Soc Behav Sci.* 2021;46:1385-9.
24. Mohebi S, Sharifirad G, Shahsiah M, Botlani S, Matlabi M, Rezaeian M. The effect of assertiveness training on student's academic anxiety. *JPMA J Pak Med Assoc.* mars 2012;62:S37-41.
25. M MH, S.f T, Ali AY. Effect Of Group Assertive Training On Social Anxiety, Social Skills And Academic Performance Of Female Students. 2009;3(1):59-64.
26. Bouvard M. *Echelles et Questionnaires d'évaluation chez l'enfant et l'adolescent.* Masson. Vol. 1. 2008. 192 p.
27. Turgeon L, Chartrand É, Robaey P, Gauthier AK. Qualités psychométriques de la version québécoise du Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC). *Rev Francoph Clin Comport Cogn.* 2006;11(3).
28. March J, Parker J, Sullivan K, Stallings P, Conners C. The Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC): Factor Structure, Reliability, and Validity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;36:554-65.

29. March JS, Sullivan K, Parker J. Test-Retest Reliability of the Multidimensional Anxiety Scale for Children. *J Anxiety Disord.* 1999;13(4):349-58.
30. Kovacs M. Rating scales to assess depression in school-aged children. *Acta Paedopsychiatr Int J Child Adolesc Psychiatry.* 1981;46(5-6):305-15.
31. Manificat S, Dazord A, Cochat P, Nicolas J. Évaluation de la qualité de vie en pédiatrie : comment recueillir le point de vue de l'enfant. *Arch Pédiatrie.* 1997;4(12):1238-46.
32. Missotten P, Etienne AM, Dupuis G. La qualité de vie infantile : état actuel des connaissances. *Rev Francoph Clin Comport Cogn.* 2007;12(4).
33. Achenbach T. Manual for The Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profile. Univ Vt Dep Psychiatry. 1991;
34. Read KL, Settapani CA, Peterman J, Kendall PC, Piacentini J, McCracken J, et al. Predicting Anxiety Diagnoses and Severity with the CBCL-A: Improvement Relative to Other CBCL Scales? *J Psychopathol Behav Assess.* juin 2014;(37):100-11.
35. Knepley MJ, Kendall PC, Carper MM. An Analysis of the Child Behavior Checklist Anxiety Problems Scale's Predictive Capabilities. *J Psychopathol Behav Assess.* juin 2019;41(2):249-56.
36. Aschenbrand SG, Angelosante AG, Kendall PC. Discriminant Validity and Clinical Utility of the CBCL With Anxiety-Disordered Youth. *J Clin Child Adolesc Psychol.* nov 2005;34(4):735-46.
37. James AC, Reardon T, Soler A, James G, Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020;11.
38. Sciberras E, Mulraney M, Anderson V, Rapee RM, Nicholson JM, Efron D, et al. Managing Anxiety in Children With ADHD Using Cognitive-Behavioral Therapy: A Pilot Randomized Controlled Trial. *J Atten Disord.* mars 2018;22(5):515-20.
39. Sciberras E, Efron D, Patel P, Mulraney M, Lee KJ, Mihalopoulos C, et al. Does the treatment of anxiety in children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) using cognitive behavioral therapy improve child and family outcomes? Protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry.* nov 2019;19(1):359.
40. Kendall PC. Treating anxiety disorders in children: results of a randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol.* févr 1994;62(1):100-10.
41. Hudson JL, Rapee RM, Deveney C, Schniering CA, Lyneham HJ, Bovopoulos N. Cognitive-behavioral treatment versus an active control for children and adolescents with anxiety disorders: a randomized trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* mai 2009;48(5):533-44.
42. Hemmingsson H, Ólafsdóttir LB, Egilson ST. Agreements and disagreements between children and their parents in health-related assessments. *Disabil Rehabil.* juin 2017;39(11):1059-72.
43. Baldwin JS, Dadds MR. Reliability and Validity of Parent and Child Versions of the Multidimensional Anxiety Scale for Children in Community Samples. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* févr 2007;46(2):252-60.

44. Abate C, Lippé S, Bertout L, Drouin S, Krajcinovic M, Rondeau É, et al. Could we use parent report as a valid proxy of child report on anxiety, depression, and distress? A systematic investigation of father–mother–child triads in children successfully treated for leukemia. *Pediatr Blood Cancer*. 2018;65(2).
45. Miller LD, Martinez YJ, Shumka E, Baker H. Multiple informant agreement of child, parent, and teacher ratings of child anxiety within community samples. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. janv 2014;59(1):34-9.
46. Cremeens J, Eiser C, Blades M. Factors influencing agreement between child self-report and parent proxy-reports on the Pediatric Quality of Life Inventory 4.0 (PedsQL) generic core scales. *Health Qual Life Outcomes*. août 2006;4:58.
47. Panepinto JA, Hoffmann RG, Pajewski NM. The effect of parental mental health on proxy reports of health-related quality of life in children with sickle cell disease. *Pediatr Blood Cancer*. oct 2010;55(4):714-21.
48. Lebowitz ER, Marin C, Martino A, Shimshoni Y, Silverman WK. Parent-Based Treatment as Efficacious as Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety: A Randomized Noninferiority Study of Supportive Parenting for Anxious Childhood Emotions. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mars 2020;59(3):362-72.
49. Cartwright-Hatton S, McNally D, Field AP, Rust S, Laskey B, Dixon C, et al. A new parenting-based group intervention for young anxious children: results of a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. mars 2011;50(3):242-251.e6.
50. Thirlwall K, Cooper PJ, Karalus J, Voysey M, Willetts L, Creswell C. Treatment of child anxiety disorders via guided parent-delivered cognitive-behavioural therapy: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. déc 2013;203(6):436-44.

ANNEXES

Annexe 1 : Multidimensional Anxiety Scale for Children (MASC)

Veuillez utiliser l'échelle ci-dessous pour évaluer jusqu'à quel point chacun des énoncés suivant vous correspond (cochez la case vous représentant).

	Jamais	Presque jamais	Quelque fois	Souvent
1. Je me sens tendu(e) ou crispé(e)	0	1	2	3
2. Je demande habituellement la permission de faire quelque chose	0	1	2	3
3. Je m'inquiète que d'autres personnes rient de moi	0	1	2	3
4. J'ai peur quand mes parents s'en vont	0	1	2	3
5. Je perds mon souffle facilement	0	1	2	3
6. Je vois du danger partout	0	1	2	3
7. L'idée d'aller dans un camp me fait peur	0	1	2	3
8. Je me mets à trembler ou avoir la frousse	0	1	2	3
9. Je fais beaucoup d'efforts pour obéir à mes parents ou à mes professeurs	0	1	2	3
10. J'ai peur que les autres enfants se moquent de moi	0	1	2	3
11. J'essaie de rester près de ma mère ou mon père	0	1	2	3
12. Je deviens étourdi(e) ou je sens que je vais perdre connaissance	0	1	2	3
13. Je vérifie tout avant d'agir	0	1	2	3
14. J'ai peur d'être interrogé en classe	0	1	2	3
15. Je suis agité(e), nerveux(se)	0	1	2	3
16. J'ai peur que les autres personnes pensent que je suis stupide	0	1	2	3
17. Je garde la lumière allumée	0	1	2	3
18. J'ai des douleurs à la poitrine	0	1	2	3
19. J'évite d'aller à des endroits sans ma famille	0	1	2	3
20. Je me sens étrange, bizarre ou irréel	0	1	2	3
21. J'essaie de faire des choses que les autres personnes vont aimer	0	1	2	3
22. Je m'inquiète de ce que les autres pensent de moi	0	1	2	3

23. J'évite de regarder des films ou des émissions de télévision qui font peur	0	1	2	3
24. Mon cœur bat vite ou s'arrête un moment	0	1	2	3
25. J'évite les choses qui me dérangent	0	1	2	3
26. Je dors à côté de quelqu'un de ma famille	0	1	2	3
27. Je me sens agité(e) ou énervé(e)	0	1	2	3
28. J'essaie de faire les choses les plus parfaitement possible	0	1	2	3
29. J'ai peur de faire quelque chose de stupide ou embarrassant	0	1	2	3
30. J'ai peur quand je me promène en auto ou autobus	0	1	2	3
31. J'ai mal au ventre	0	1	2	3
32. Si je deviens troublé(e), ou effrayé(e), je le fais tout de suite savoir à quelqu'un	0	1	2	3
33. Je deviens nerveux(se) si je dois faire quelque chose devant un public	0	1	2	3
34. Le mauvais temps, la noirceur, les hauteurs, les animaux ou les insectes me font peur	0	1	2	3
35. Mes mains tremblent	0	1	2	3
36. Je vérifie les choses pour être sûr(e) qu'elles sont sans danger	0	1	2	3
37. J'ai de la difficulté à demander aux autres enfants de jouer avec moi	0	1	2	3
38. Mes mains sont moites (mouillées) ou froides	0	1	2	3
39. Je me sens gêné(e) (timide)	0	1	2	3

Annexe 2 : Echelle d'autoévaluation « Child Depression Inventory » (CDI)

Il arrive que les enfants n'aient pas toujours les mêmes sentiments et les mêmes idées. Ce questionnaire te donne la liste par groupe de sentiments et d'idées. Dans chaque groupe, choisis une phrase, celle qui décrit le mieux ce que tu as fait, ressenti, pensé au cours des 2 dernières semaines. Quand tu auras choisi ta phrase dans le premier groupe, tu passeras au suivant. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Choisis seulement la phrase qui décrit le mieux ta manière d'être ces derniers temps. Inscris une croix comme ceci X à côté de ta réponse, dans la case correspondant à la phrase que tu as choisie.

Voici un exemple de ce qui t'est demandé. Essaie. Inscris une croix à côté de la phrase qui te décrit le mieux. Exemple :

- ☐ Je lis des livres tout le temps
- ☐ Je lis des livres de temps en temps
- ☐ Je ne lis jamais de livres

Souviens-toi, choisis la phrase qui décrit tes sentiments et tes idées au cours des 2 dernières semaines.

1. ☐ Je suis triste de temps en temps
☐ Je suis triste très souvent
☐ Je suis triste tout le temps
2. ☐ Rien ne marchera jamais bien pour moi
☐ Je ne suis pas sûr que tout marchera bien pour moi
☐ Tout marchera bien pour moi
3. ☐ Je réussis presque tout ce que je fais
☐ Je rate beaucoup de choses
☐ Je rate tout
4. ☐ Des tas de choses m'amuse
☐ Peu de chose m'amuse
☐ Rien ne m'amuse
5. ☐ Je suis désagréable tout le temps
☐ Je suis souvent désagréable
☐ Je suis désagréable de temps en temps
6. ☐ De temps en temps, je pense que des choses désagréables vont arriver
☐ J'ai peur que des choses désagréables m'arrivent
☐ Je suis sûr que des choses horribles vont m'arriver

7. ☐ Je me déteste
☐ Je ne m'aime pas
☐ Je m'aime bien
8. ☐ Tout ce qui ne va pas est de ma faute
☐ Bien souvent, ce qui ne va pas est de ma faute
☐ Ce qui ne va pas n'est généralement pas de ma faute
9. ☐ Je ne pense pas à me tuer
☐ Je pense à me tuer mais je ne le ferai pas
☐ Je veux me tuer
10. ☐ J'ai envie de pleurer tous les jours
☐ J'ai souvent envie de pleurer
☐ J'ai envie de pleurer de temps en temps
11. ☐ Il y a tout le temps quelque chose qui me tracasse/travaille
☐ Il y a souvent quelque chose qui me tracasse/travaille
☐ Il y a de temps en temps quelque chose qui me tracasse/travaille
12. ☐ J'aime bien être avec les autres
☐ Souvent, je n'aime pas être avec les autres
☐ Je ne veux jamais être avec les autres
13. ☐ Je n'arrive pas à me décider entre plusieurs choses
☐ J'ai du mal à me décider entre plusieurs choses
☐ Je me décide facilement entre plusieurs choses
14. ☐ Je me trouve bien physiquement
☐ Il y a des choses que je n'aime pas dans mon physique
☐ Je me trouve laid(e)
15. ☐ Je dois me forcer tout le temps pour faire mes devoirs
☐ Je dois me forcer souvent pour faire mes devoirs
☐ Ça ne me pose pas de problème de faire mes devoirs
16. ☐ J'ai toujours du mal à dormir la nuit
☐ J'ai souvent du mal à dormir la nuit
☐ Je dors plutôt bien
17. ☐ Je suis fatigué de temps en temps
☐ Je suis souvent fatigué
☐ Je suis tout le temps fatigué
18. ☐ La plupart du temps je n'ai pas envie de manger
☐ Souvent je n'ai pas envie de manger
☐ J'ai plutôt bon appétit

19. ☐ Je ne m'inquiète pas quand j'ai mal quelque part
☐ Je m'inquiète souvent quand j'ai mal quelque part
☐ Je m'inquiète toujours quand j'ai mal quelque part
20. ☐ Je ne me sens pas seul
☐ Je me sens souvent seul
☐ Je me sens toujours seul
21. ☐ Je ne m'amuse jamais à l'école
☐ Je m'amuse rarement à l'école
☐ Je m'amuse souvent à l'école
22. ☐ J'ai beaucoup d'amis
☐ J'ai quelques amis mais je voudrais en avoir plus
☐ Je n'ai aucun ami
23. ☐ Mes résultats scolaires sont bons
☐ Mes résultats scolaires ne sont pas aussi bons qu'avant
☐ J'ai de mauvais résultats dans des matières où j'avais l'habitude de bien réussir
24. ☐ Je ne fais jamais aussi bien que les autres
☐ Je peux faire aussi bien que les autres si je le veux
☐ Je ne fais ni mieux ni plus mal que les autres
25. ☐ Personne ne m'aime vraiment
☐ Je me demande si quelqu'un m'aime
☐ Je suis sûr que quelqu'un m'aime
26. ☐ Je fais généralement ce qu'on me dit
☐ La plupart du temps je ne fais pas ce qu'on me dit
☐ Je ne fais jamais ce qu'on me dit
27. ☐ Je m'entends bien avec les autres
☐ Je me bagarre souvent
☐ Je me bagarre tout le temps

Annexe 3 : Auto Questionnaire de Qualité de vie Enfant Imagé (AUQUEI)

Ce questionnaire est imagé, il propose 26 items. Chaque item contient un dessin se rapportant à la question. Les paliers de réponse sont au nombre de 4, et sont représentés par des visages. L'enfant devra, pour chaque item, cocher le visage correspondant le mieux à son ressenti. L'examen débutera toujours par la présentation à l'enfant de la question initiale, afin qu'il comprenne bien les différents paliers représentés par les visages.

Question initiale :

Retranscrivez tel quel les réponses de votre enfant

Quelquefois, tu n'es
pas content du tout.

Quelquefois, tu
n'es pas content.

Quelquefois, tu
es très content.

Quelquefois, tu
es content.



Dis pourquoi :

Dis pourquoi :

Dis pourquoi :

Dis pourquoi :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Item 1 : A table avec ta famille

Item 2 : Le soir quand tu vas te coucher

Item 3 : Quand tu joues avec tes frères et sœurs

Item 4 : La nuit quand tu dors

Item 5 : En classe

Item 6 : Quand tu te vois en photo

Item 7 : A la récréation

- Item 8 : Quand tu viens voir le docteur en consultation
- Item 9 : Quand tu fais du sport
- Item 10 : Quand tu penses à ton Papa
- Item 11 : Le jour de ton anniversaire
- Item 12 : Quand tu fais tes devoirs à la maison
- Item 13 : Quand tu penses à Maman
- Item 14 : Quand tu restes à l'hôpital
- Item 15 : Quand tu joues seul(e)
- Item 16 : Quand ta Maman et ton Papa parlent de toi
- Item 17 : Quand tu dors ailleurs que chez toi
- Item 18 : Quand on te demande de montrer ce que tu sais faire
- Item 19 : Quand tes copains parlent de toi
- Item 20 : Quand tu prends des médicaments
- Item 21 : Pendant les vacances
- Item 22 : Quand tu penses à l'âge où tu seras grand
- Item 23 : Quand tu es loin de ta famille
- Item 24 : Quand tu reçois tes notes à l'école
- Item 25 : Quand tu es avec tes grands-parents
- Item 26 : Quand tu regardes la télévision

Annexe 4 : Child Behaviour Check List, 6-18 ans (CBCL)

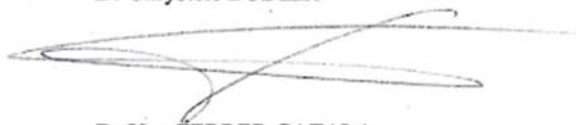
Voici une liste de descriptions qui concernent les enfants. Pour chaque question qui s'applique à votre enfant, entourez le 2 si la phrase est très vraie ou souvent vraie pour votre enfant. Entourez le 1 si la phrase est à peu près vraie ou parfois vraie pour votre enfant. Si la phrase n'est pas vraie pour votre enfant, entourez le 0. Répondez à chaque question du mieux que vous pouvez, même si certaines questions paraissent ne pas s'appliquer à votre enfant

0 = Pas vrai 1 = A peu près vrai ou parfois vrai 2 = Très vrai ou souvent vrai

1. Ne peut pas se débarrasser de certaines pensées, est obsédé(e) par certaines idées (décrivez) :	0	1	2
2. S'accroche aux adultes ou est trop dépendant(e)	0	1	2
3. Pleure souvent	0	1	2
4. Peur de certains animaux, situations, lieux, autres que l'école (décrivez) :	0	1	2
5. Peur d'aller à l'école	0	1	2
6. Peur de penser ou faire quelque chose de mal	0	1	2
7. Pense qu'il (elle) devrait être parfait(e)	0	1	2
8. Pense ou se plaint que personne ne l'aime	0	1	2
9. Se trouve bon(ne) à rien ou inférieur(e)	0	1	2
10. Nerveux(se) ou tendu(e)	0	1	2
11. A des mouvements nerveux ou des tics (décrivez) :	0	1	2
12. Trop peureux(se) ou anxieux(se)	0	1	2
13. Se sent facilement coupable	0	1	2
14. Problèmes physiques sans cause médicale connue :			
a) Douleurs diverses	0	1	2
b) Maux de tête	0	1	2
c) Nausées, envie de vomir	0	1	2
d) Mal à l'estomac	0	1	2
15. Manque de naturel ou facilement mal à l'aise	0	1	2
16. Timide ou réservé(e)	0	1	2
17. Parle de se tuer	0	1	2
18. S'inquiète, se fait du souci	0	1	2

Vu, les Directeurs de Thèse

Dr Chrystèle BODIER



Dr Ugo FERRER CATALA



Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le

MARCHAL Aline

47 pages – 6 tableaux – 2 figures

Etude observationnelle prospective de la symptomatologie anxieuse chez des enfants d'âge primaire après participation à un groupe de Relaxation et Affirmation de soi au CHRU de Tours**Résumé :**

Introduction : Les troubles anxieux représentent le diagnostic psychiatrique le plus fréquent chez les enfants et sont responsables de multiples comorbidités, que ce soit au cours de l'enfance ou à l'âge adulte. Peu de données existent sur l'efficacité des techniques de relaxation et d'affirmation de soi dans la prise en charge des troubles anxieux de l'enfant. Notre étude avait pour but d'évaluer la symptomatologie anxieuse des enfants d'âge primaire après participation à un groupe de Relaxation et Affirmation de Soi proposé par le CHRU de Tours.

Matériel et méthode : L'objectif principal de notre étude était l'auto-évaluation de la symptomatologie anxieuse par l'échelle MASC. Nous avons également évalué la symptomatologie dépressive par la CDI, la qualité de vie par l'échelle AUQUEI, ainsi que la symptomatologie anxiodépressive perçue par les parents grâce aux sous échelles d'anxiété et de dépression de la CBCL. Le recueil prospectif se faisait en début de groupe, fin de groupe, puis à 6 mois de la fin du groupe.

Résultats : Les analyses statistiques portant sur 15 patients n'ont pas montré de diminution significative des scores de l'échelle MASC. Des résultats semblables ont été retrouvés pour la CDI et l'échelle AUQUEI. Une amélioration significative a été retrouvée pour les scores des sous-échelles d'anxiété et de dépression de l'hétéro-évaluation parentale CBCL, que ce soit à la fin du groupe ou 6 mois après.

Conclusion : Cette étude n'a pas permis de démontrer l'efficacité du groupe de Relaxation et Affirmation de Soi du CHRU de Tours. Il paraît nécessaire de poursuivre les recherches dans ce domaine afin d'évaluer le plein impact de cette thérapie et l'intérêt d'impliquer davantage les parents.

Mots clés : Trouble anxieux, Enfant, Relaxation, Affirmation de Soi

Jury :

Président du Jury : Professeur Frédérique BONNET-BRILHAULT

Directeur de thèse : Docteur Chrystèle BODIER
Docteur Ugo FERRER CATALA

Membres du Jury : Professeur Vincent CAMUS
Professeur Olivier BONNOT
Docteur Xavier ANGIBAUT

Date de soutenance : 20 juin 2022