

## Le trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants Anick Laverdure, B.Sc.

### Qui est-ce que ça touche?

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) chez les enfants est plus répandu que ce que les experts ont d'abord cru, tout comme c'est le cas chez les adultes. Dans les années 1970, on estimait qu'aux États-Unis, le TOC touchait 0.1% des enfants et que l'ensemble des troubles de l'anxiété, catégorie dont le TOC fait partie, touchaient 0.3% des enfants (March, Leonard & Swedo, 1995). Aujourd'hui, on estime que le TOC affecte près de 17 000 enfants et adolescents au Canada, soit entre 2 et 3% de la population âgée de moins de 18 ans (Grados & Riddle, 1999). Bien que des cas de diagnostic aussi précoce qu'à l'âge de 3 ans soient répertoriés dans quelques articles, le TOC est habituellement diagnostiqué vers l'âge de 10 ans. Les recherches ont permis de constater que durant l'enfance, les garçons semblent développer le TOC à un plus jeune âge que les filles, alors que durant la préadolescence et l'adolescence, le diagnostic est plus souvent donné aux filles.

Un enfant présentant un TOC manifeste des obsessions et/ou des compulsions et ces symptômes causent une certaine détresse, demandent beaucoup de temps et d'énergie ou encore interfèrent de façon marquée dans la routine habituelle, le milieu de vie, les activités sociales ou dans les relations interpersonnelles de l'enfant. Il ne faut donc pas s'inquiéter outre mesure si un enfant aime bien faire les choses jusqu'à ce que ce soit « juste correct » ou encore s'il insiste pour avoir une routine précise avant le coucher. Tous les enfants ont besoin d'encadrement. Ce qu'il faut retenir, c'est que ces « habitudes » doivent demander beaucoup de temps et d'énergie (au moins une heure par jour) et interférer avec différentes sphères de la vie pour qu'il s'agisse de TOC.

Les chercheurs s'entendent pour dire que les compulsions les plus fréquentes chez les enfants sont le nettoyage, la vérification, le comptage et la répétition, le toucher excessif entre autres (Berthiaume, Turgeon & O'Connor, 2004). La majorité des enfants auront des rituels de nettoyage à un moment ou à un autre de leur expérience de TOC. En ce qui concerne les obsessions, on retrouve souvent la peur de la contamination, la peur de se faire du mal, la peur de faire du mal à un proche et des pensées à caractère sexuel (Berthiaume, Turgeon & O'Connor, 2004). On peut également dire que le développement du TOC suit le développement cognitif normal de l'enfant, c'est-à-dire que les premiers symptômes sont souvent les compulsions, donc les comportements. Ensuite, plus l'enfant vieillit, plus il acquiert d'habiletés cognitives et plus les obsessions sont présentes.

Un des problèmes majeurs encore présent de nos jours est que le TOC peut passer inaperçu chez les enfants, souvent à cause de troubles concomitants mieux connus et qui attirent plus facilement l'attention des adultes qui entourent l'enfant et même des professionnels.

### Troubles associés

Dans près de 75% des cas, les enfants qui présentent un TOC ont aussi un problème de santé mentale concomitant. Les plus fréquents sont le trouble d'anxiété généralisé, la phobie spécifique, l'anxiété de séparation, le trouble d'opposition ainsi que le trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité. D'autres troubles, qu'on identifie comme faisant partie du

« spectre TOC » et qu'on peut confondre avec le trouble obsessionnel-compulsif, peuvent aussi être présents, comme les tics chroniques, la trichotillomanie, les troubles envahissants du développement (particulièrement le syndrome d'Asperger) et les troubles alimentaires. La présence de troubles concomitants au diagnostic de TOC influence directement le choix des interventions pharmacologiques. Par exemple, certains stimulants habituellement prescrits pour l'hyperactivité peuvent avoir comme effet secondaire d'augmenter les obsessions et les compulsions. Il est donc important de consulter des spécialistes qui sont familiers avec ces différents troubles afin d'avoir un traitement approprié.

### Le rôle de la famille

Bien que le TOC puisse être présent chez plusieurs membres d'une même famille et qu'il y a fort probablement une part de génétique dans son développement, la dynamique familiale ne constitue pas un agent suffisant pour causer le TOC. Cependant, la famille agit sur le TOC, tout comme le TOC a plusieurs conséquences sur la famille. Ainsi, une famille où l'on retrouve de la surprotection, du contrôle, de l'hostilité et des critiques sévères peut exacerber les manifestations du TOC alors qu'un milieu supportant et calme peut améliorer l'impact du traitement. Plusieurs parents ont également tendance à éviter les situations qui déclenchent l'anxiété chez leurs enfants, ce qui, malheureusement, n'aide pas les enfants à faire face de façon appropriée à ces situations. De plus, mettre l'emphase sur les compulsions de l'enfant ou encore le réprimander pour cette raison peut avoir comme effet d'augmenter ces comportements. L'implication de la famille dans les comportements dits ritualisés de l'enfant atteint de TOC est donc à considérer puisqu'en bas âge, la famille constitue le milieu de vie le plus important de l'enfant.

Il est important que les membres de la famille soient le plus informés possible afin de ne pas les culpabiliser et qu'ils sachent quelles sont les meilleures façons d'agir face au TOC. Il est non seulement normal, mais aussi fréquent qu'ils aient besoin d'évacuer les tensions que les manifestations obsessionnelles-compulsives peuvent avoir créées. Puisqu'il n'est pas facile de vivre au quotidien avec un enfant qui est aux prises avec le TOC, une combinaison de thérapie familiale et individuelle s'avère bien souvent bénéfique pour les membres des familles touchées.

### Qu'arrive-t-il à l'école?

Les enfants qui ont un TOC tentent tant bien que mal de cacher leur condition lorsqu'ils sont à l'école afin de pouvoir se mêler sans problème aux autres, comme c'est le cas de la plupart des enfants qui présentent un trouble de santé mentale. Cela a comme effet direct non seulement d'entraîner un épuisement physique et mental chez l'enfant, mais aussi de causer une explosion des comportements obsessionnels-compulsifs à la maison. Lorsque le TOC n'a pas encore été diagnostiqué, un professeur peut mettre la puce à l'oreille des parents en détectant certains comportements inhabituels chez l'enfant, comme par exemple le temps mis à effectuer une tâche, le temps passé à la salle de bain, la tendance à être dans la lune, etc. Dans d'autres cas, lorsque le diagnostic de TOC a été posé, il peut être très avantageux d'en informer le professeur qui peut alors contribuer au bon fonctionnement de l'enfant en classe, comme par exemple lui éviter des réprimandes injustes, et également sensibiliser les autres élèves à la réalité que vit un enfant qui a le TOC.

## Quels sont les traitements psychologiques qui ont fait leurs preuves?

Il est très rare que le TOC disparaisse de lui-même et il a malheureusement tendance à s'aggraver avec le temps. C'est pourquoi il est important de s'informer au sujet des différents traitements offerts. Bien que la pharmacothérapie soit souvent aidante, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est le traitement de choix pour la majorité des troubles anxieux peu importe l'âge de la personne atteinte. L'intervention la plus fréquente est l'exposition graduelle avec prévention de la réponse (c'est-à-dire sans que l'enfant accomplisse de compulsions ou de rituels). Chez les enfants, l'imagination est un élément qui doit être mis à profit dans le traitement. Pour eux, une histoire peut souvent avoir plus d'impact que des explications théoriques complexes et abstraites (O'Connor et al., 2005). Étant donné le niveau de développement cognitif des enfants, il est essentiel d'inclure les parents dans le traitement du TOC ou de tout autre problème de santé mentale. Pour plus d'informations sur les différents traitements psychologiques disponibles, vous pouvez consulter un professionnel de la santé répertorié dans la liste disponible à la FQTOC.

### Références

- Apter, A., Fallon, T.J.Jr, King, R.A., Ratzoni, G., Zohar, A.H., Binder, M., Weizman, A., Leckman, J.F., Pauls, D.L., Kron, S. & Cohen, D.J. (1996) Obsessive-Compulsive Characteristics : From Symptoms to Syndrome. *Journal of American Academy of Child and Adolescents psychiatry*, 35 (7), 907-912.
- Berthiaume, C., Turgeon, L. & O'Connor, K. (2004) L'évaluation et le traitement psychologique du trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants et les adolescents : découvertes récentes. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 14 (1), 35-46.
- Black, S. (1999). Overcome by fear. *The American School Board Journal*, 186(3), 31-34.
- Curry, J.F. & Bennett Murphy, L. (1995) Comorbidity of Anxiety Disorders. Dans March, J.S. (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 301-314). New York: The Guilford Press.
- Freeman, J.B., Garcia, A.M., Fucci, C., Karitani, M., Miller, L. & Leonard, H.L. (2003) Family-Based Treatment of Early-Onset Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 13, supplement 1, S71-S80.
- Grados, M.A. & Riddle, M.A. (1999). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents. *CNS Drugs*, 12 (4), 257-277.
- March, J.S., Leonard, H.L. & Swedo, S.E. (1995) Obsessive-Compulsive Disorder. Dans March, J.S. (Ed.), *Anxiety disorders in children and adolescents* (pp. 251-267). New York: The Guilford Press.
- O'Connor, K., Aardema, F. & Pélissier, M. C. (2005). *Beyond Reasonable Doubt. Reasoning Processes in Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. Chichester, UK: Wiley & Sons.