

13

Trouble obsessionnel-compulsif

La reconnaissance du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) en tant qu'entité pathologique chez l'enfant est récente. Michaux et Dugas soulignaient en 1953 le début précoce de la névrose obsessionnelle et l'aspect développemental de l'expression des manifestations obsessionnelles ou compulsives. Depuis, les travaux se sont multipliés pour souligner l'importance épidémiologique et clinique, ainsi que le retentissement, du trouble obsessionnel-compulsif sur le fonctionnement de l'enfant.

Le retard dans la reconnaissance de cette pathologie chez l'enfant peut trouver sa raison dans la confusion existant entre l'existence fréquente, sans handicap particulier, de rituels développementaux entre les âges de 3 et 5 ans, et celle de symptômes installés entravant l'adaptation scolaire et relationnelle des enfants atteints, et dont le pronostic à long terme est tout à fait différent. Les rituels constituent un mode de fonctionnement de l'enfant qui gère, par la mise en place de routines, l'anxiété suscitée par les changements. Ces rituels disparaissent spontanément au-delà de la cinquième année.

Diagnostic d'un TOC chez l'enfant

La maladie obsessionnelle-compulsive semble débiter précocement au cours du développement et, si des particularités peuvent être soulignées chez l'enfant, il existe de nombreuses similarités avec le trouble décrit chez l'adulte. Ainsi, la plupart des auteurs reconnaissent aujourd'hui la validité, chez l'enfant et l'adolescent, des critères diagnostiques proposés par le DSM-III-R (1987) pour le TOC (Swedo et Rapoport, 1989).

Critères diagnostiques du TOC

Plus récemment, le DSM-IV propose les critères suivants pour le diagnostic de TOC chez l'enfant ou l'adulte :

- présence d'obsessions ou de compulsions presque tous les jours sur une période d'au moins deux semaines ;
- ces obsessions ou compulsions sont reconnues par le sujet comme le produit de ses propres pensées, répétitives, désagréables et reconnues comme exagérées ou absurdes et associées à des efforts de résistance du sujet ;

- la réalisation d'actes comportementaux ou mentaux compulsifs entraîne une réduction momentanée de l'anxiété ;
- les manifestations obsessionnelles ou compulsives sont à l'origine d'une détresse significative ou d'une perte de temps (supérieure à une heure par jour), et interfèrent de façon significative avec le fonctionnement.

Caractéristiques chez l'enfant

Une des caractéristiques cliniques du trouble obsessionnel-compulsif est la reconnaissance par le patient du caractère morbide, intrusif et anormal de l'obsession ou du rituel. Chez l'enfant, le DSM-IV souligne que cette perception n'est pas nécessaire pour porter le diagnostic. Pour exister, elle dépend de paramètres développementaux, dont l'accession à la pensée formelle et le niveau cognitif : en pratique, les enfants les plus jeunes n'ont qu'une perception partielle du caractère morbide de ces pensées obsessionnelles, et sont souvent en difficulté pour exprimer leur sentiment subjectif. Le TOC s'exprime alors souvent par des manifestations non spécifiques telles que l'agitation, l'agressivité, le repli apparemment sans raison ou des difficultés scolaires. L'évocation d'un diagnostic de TOC est donc importante face à ce type de symptômes, au risque de l'ignorer. Chez les adolescents et les enfants plus âgés, la reconnaissance du caractère morbide de l'obsession ou du rituel entraîne fréquemment un sentiment intense de culpabilité et de honte qui les conduit à dissimuler leurs sensations à leurs proches.

Ces éléments expliquent que le trouble n'est fréquemment perçu qu'au moment où les symptômes sont devenus importants et très handicapants, après un temps d'évolution prolongé. La recherche de certaines manifestations telles qu'un temps d'étude anormalement allongé, des devoirs scolaires repassés plusieurs fois, une durée d'habillage ou de toilette importante ou encore le fait de garder des objets inutiles peut permettre d'évoquer le diagnostic, à partir de manifestations encore peu spécifiques.

On peut également noter une fréquente banalisation de ces conduites par l'entourage familial et parfois médical, qui participe encore au retard au diagnostic.

L'emploi de questionnaires standardisés (*Leyton obsessive-compulsive inventory for children*, *Yale-Brown obsessive compulsive scale for children*), disponibles en français et adaptés à l'enfant, est particulièrement utile (Dugas et coll., 1994). Cette évaluation permet de rechercher systématiquement les différents symptômes et d'en quantifier l'intensité. Un autre aspect essentiel chez l'enfant est d'évaluer le retentissement du trouble dans les différents domaines scolaire, cognitif, familial et relationnel.

Épidémiologie du TOC chez l'enfant

L'application à l'enfant de méthodologies de diagnostic et de recueil des données a permis de développer des études épidémiologiques valides. Ces dernières ont confirmé que la prévalence de ce trouble a longtemps été sous-estimée. Le TOC concernerait, selon les études, 0,5 % à 1,2 % de la population générale infanto-juvénile. Une étude de la prévalence vie entière menée chez les adolescents retrouve des chiffres de 1,8 % (Flament et coll., 1988). L'analyse en termes de symptômes suggère que l'existence de manifestations obsessionnelles ou compulsives isolées d'intensité modérée est plus fréquente (entre 4 % et 8 % de la population générale).

Différents arguments épidémiologiques plaident en faveur d'une continuité du trouble de l'enfance à l'âge adulte. Ainsi, Karno et Golding (1991) notent une prévalence du TOC de 1 % à 3 % dans la population générale adulte. Par ailleurs, des études rétrospectives montrent que 30 % à 50 % des patients ayant un TOC ont débuté leur trouble pendant l'enfance (Black, 1978). Cette observation est retrouvée dans les études menées en population d'adolescents chez lesquels on trouve un âge moyen de début du TOC se situant aux alentours de 10 ans (Swedo et Rapoport, 1989). Le début des troubles pourrait être plus précoce chez le garçon que chez la fille, même si ultérieurement le *sex ratio* est sensiblement équivalent.

Aspects sémiologiques du TOC chez l'enfant

Il existe sur le plan sémiologique une grande similarité du TOC entre l'enfant et l'adulte. Le tableau 13.I présente les principales manifestations cliniques, en termes de fréquence, observées dans l'étude de Swedo et Rapoport (1989) et dans une étude menée dans le service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent de l'hôpital Robert-Debré à Paris (Bouvard, 1995). Elles retrouvent toutes deux des données assez concordantes sur l'expression clinique du TOC chez l'enfant et l'adolescent.

Les obsessions les plus fréquentes concernent la propreté et les thèmes de catastrophe. On relèvera également l'existence de thèmes sexuels ou religieux culpabilisant souvent l'enfant et donc objets d'une dissimulation importante.

Les compulsions concernent essentiellement, comme chez l'adulte, les rituels de lavage et de vérification. Certains rituels comme la nécessité de répéter un acte ou un comportement (sortir d'une pièce, réécrire, relire un paragraphe, taper un certain nombre de fois avant de faire quelque chose...) sont assez fréquents chez l'enfant.

Une caractéristique du TOC pouvant être soulignée chez l'enfant est l'aggravation des manifestations à certaines périodes de la journée (coucher, bain, repas...). Par ailleurs, le fait que certaines des manifestations surviennent

Tableau 13.1 : Principales manifestations obsessionnelles et compulsives chez l'enfant et l'adolescent (d'après Bouvard, 1995 ; Swedo et Rapoport, 1989)

Symptômes	Bouvard (1995) (n = 64)		Swedo et Rapoport (1989) (n = 70)	
	N*	%	N*	%
Obsessions				
Propreté	18	28	28	40
Catastrophe	14	22	17	24
Symétrie	6	9	12	17
Thèmes sexuels	6	9	3	4
Thèmes religieux	3	5	9	13
Compulsions				
Lavage	40	63	60	85
Vérification	30	47	35	46
Rangement	17	27	12	17
Calcul mental	11	17	13	18
Activités répétitives	14	22	36	51
Toucher	9	14	14	20
Conjuration	6	9	11	16
Divers	9	13	18	26

* Plusieurs symptômes peuvent coexister chez un même patient

préférentiellement lorsque l'enfant est seul participe d'autant au retard au diagnostic.

La plupart des TOC chez l'enfant sont des formes mixtes obsessionnelles et compulsives. Les formes obsessionnelles pures sont rares (4 % dans l'étude de Swedo et Rapoport et 0 % dans l'étude de Bouvard).

La mise en évidence d'une fréquence d'antécédents d'infections à streptocoques β -hémolytiques chez des enfants atteints de TOC suggère des hypothèses étiopathogéniques immunitaires pour un sous-groupe d'entre eux. Ceux-ci pourraient être caractérisés par une vulnérabilité immunitaire particulière, marquée par l'antigène D8/17. Ce mécanisme serait commun à des tableaux cliniques différents regroupés sous le terme de PANDAS (*pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infections*).

Évolution du TOC chez l'enfant

Les études récentes suggèrent que l'évolution du trouble chez l'enfant et l'adolescent est comparable par la gravité, la chronicité et les complications à celle décrite chez l'adulte.

Le tableau 13.II présente les résultats de l'étude de Leonard et coll. (1993) obtenus au cours du suivi, organisé pendant une durée de deux à sept ans, d'une cohorte d'enfants présentant un TOC (n = 54). L'ensemble de ces enfants présentaient initialement un trouble obsessionnel-compulsif pur, sans autre trouble psychiatrique associé.

Tableau 13.II : Principaux troubles mentaux présentés, au terme d'un suivi, par des enfants présentant un diagnostic initial de TOC (d'après Leonard et coll., 1993)

Diagnostic au terme du suivi	Répartition	
	N	%
TOC	23	43
Trouble de l'humeur	12	22
Trouble anxieux (en dehors du TOC)	16	30
Tics	17	31
Trouble du comportement	17	31
Abus de substances	2	4
Psychose	1	2
Absence de diagnostic	2	4

Ces données montrent la persistance du trouble dans le temps, près de la moitié des patients ayant encore un diagnostic de TOC après quatre années de suivi, et seulement 4 % des enfants ne présentant plus de diagnostic psychiatrique au terme de l'observation. Les manifestations du trouble semblent évoluer au cours du temps, le plus souvent vers un enrichissement de la symptomatologie, passant de celle de l'enfant vers celle de l'adulte (Rettew et coll., 1992). Les troubles émotionnels, c'est-à-dire les autres troubles anxieux ou les troubles de l'humeur, constituent une modalité évolutive particulièrement fréquente du trouble.

Différents facteurs prédictifs d'une mauvaise évolution du TOC ont été proposés : persistance de symptômes d'intensité sévère après une période pourtant suffisamment longue de traitement par la clomipramine ; existence ou apparition de tics chroniques ; présence d'un trouble psychiatrique chez l'un des parents. En outre, si le traitement, quel qu'il soit, semble réduire l'intensité des manifestations obsessionnelles et compulsives, de nombreux patients présentent toujours des manifestations réperables au cours du suivi.

Le tableau 13.III présente les données d'évolution et de régression du TOC issues de trois études de suivi.

À la lumière de l'ensemble de ces données, il apparaît que le trouble obsessionnel-compulsif chez l'enfant est volontiers chronique et handicapant pour son développement et son adaptation ultérieure.

Tableau 13.III : Évolution du TOC chez l'enfant

Référence	Population (N)	Durée de suivi (ans)	Répartition (%) en fonction du devenir		
			Guérison	Amélioration	<i>Statu quo</i>
Thomsen, 1995	47	6-22	28	47	25
Berg et coll., 1989	12	2	8	17	42
Leonard et coll., 1993	54	3,4	11	46	43

Comorbidité psychiatrique

L'existence de troubles mentaux associés complique encore le repérage du TOC. Or les troubles obsessionnels-compulsifs isolés sont relativement rares chez l'enfant et l'adolescent : par exemple, seuls 7 patients, soit 11 %, de la série de Bouvard (1995) ne présentent pas de trouble mental associé.

Le tableau 13.IV montre la fréquence de cette comorbidité psychiatrique chez l'enfant.

Tableau 13.IV : Comorbidité du trouble obsessionnel-compulsif et des autres troubles mentaux chez l'enfant (d'après Bouvard, 1995 ; Swedo et Rapoport, 1989)

Symptômes	Bouvard (1995) (n = 64)		Swedo et Rapoport (1989) (n = 70)	
	N	%	N	%
Trouble de l'humeur	15	23,5	17	23
Episode majeur	7	11		
Dysthymie	5	7		
Autres*	3	5,5		
Trouble anxieux	19	30	28	40
Anxiété de séparation	6	9	5	7
Hyperanxiété	1	2	11	16
Phobie simple	4	5,5	12	17
Phobie sociale	3	4		
Trouble de l'attention	3	4	7	10
Trouble des conduites	4	6	5	7
Trouble oppositionnel	1	2	7	10
Énurésie	1	2	3	4
Anorexie mentale	7	11		
Absence de diagnostic	7	11	18	26

Troubles de l'humeur et troubles anxieux

Selon les études, plus des trois quarts des enfants avec un trouble obsessionnel-compulsif présentent une pathologie psychiatrique associée. Il s'agit pour l'essentiel d'une comorbidité avec les autres troubles anxieux, comme l'anxiété de séparation, l'anxiété généralisée ou les phobies. Ces associations peuvent expliquer que les manifestations obsessionnelles ou compulsives s'aggravent, voire se manifestent dans certaines situations telles que la séparation ou l'exposition à des situations phobogènes. Certaines formes d'anxiété de séparation où domine la peur d'un accident pour l'un des proches peuvent être difficiles à différencier d'obsessions de type phobique, ces dernières étant le plus souvent suivies de gestes ritualisés. La chronologie des troubles reste un point essentiel pour comprendre les liens qui peuvent exister entre ces différents troubles.

La fréquence des épisodes dépressifs rappelle les résultats observés chez l'adulte. Le problème se pose chez l'enfant de distinguer les véritables épisodes dépressifs des troubles de l'adaptation avec humeur dépressive, qui peuvent être interprétés comme l'expression de la souffrance induite par le TOC lui-même.

TOC et syndrome de Gilles de la Tourette

Une des associations particulières chez l'enfant est l'association du trouble obsessionnel-compulsif et du syndrome de Gilles de la Tourette, ou maladie des tics chroniques. Il existe aujourd'hui un certain nombre d'arguments suggérant que cette comorbidité n'est pas le fait du seul hasard. Sur le plan épidémiologique, 40 % à 60 % des patients ayant un syndrome de Gilles de la Tourette présentent des manifestations obsessionnelles ou compulsives, la fréquence variant selon les critères de repérage des symptômes obsessionnels et compulsifs utilisés. Si l'existence de tics moteurs chez les patients présentant un trouble obsessionnel-compulsif est fréquente (entre 20 % et 30 %), la présence d'un véritable syndrome de Gilles de la Tourette est toutefois plus rare (entre 5 % et 10 %). Cependant, cette prévalence est nettement supérieure (100 à 200 fois) à celle décrite en population générale, qui est d'environ 5/10 000 (Burd et coll., 1986). Dans la série de Bouvard (1995), 25 % des enfants et des adolescents ayant un diagnostic de TOC présentaient des tics isolés, et 6 % une maladie des tics chroniques (syndrome de Gilles de la Tourette et tics moteurs chroniques).

Les études de génétique épidémiologique confirment l'agrégation familiale de ces deux troubles. Ainsi, le risque de développer un syndrome de Gilles de la Tourette est multiplié par 5 chez les apparentés de patients présentant un trouble obsessionnel-compulsif (Pauls et coll., 1986). À l'inverse, la prévalence des manifestations obsessionnelles ou compulsives est nettement augmentée chez les apparentés de patients ayant un syndrome de Gilles de la Tourette ou une maladie des tics moteurs chroniques (Pauls et coll., 1991).

Il apparaît que l'association TOC-syndrome de Gilles de la Tourette se retrouve chez un sous-groupe particulier de patients, qui pourraient être caractérisés par un début plus précoce des troubles, une plus grande résistance aux traitements médicamenteux habituels et une intervention plus importante des facteurs génétiques.

En conclusion, le trouble obsessionnel-compulsif constitue, sur le plan développemental, une entité à part parmi les troubles mentaux. La stabilité de sa prévalence et des manifestations cliniques au cours du développement, et la similarité avec l'adulte des modalités évolutives et des réponses thérapeutiques le distinguent, en particulier, des autres troubles anxieux.

Son existence chez l'enfant et l'adolescent est un fait bien actuel. Les difficultés liées aux conditions particulières du diagnostic (méconnaissance des médecins, banalisation de l'entourage familial, dissimulation par l'enfant, fréquence des troubles mentaux associés) doivent particulièrement attirer l'attention sur le repérage des symptômes.

Les études, aujourd'hui de plus en plus nombreuses, suggèrent que l'évolution est loin d'être aussi bénigne que cela avait été supposé, en raison de la chronicité des manifestations et du retentissement sur l'adaptation des enfants. Cette évolutivité pose aujourd'hui la question des stratégies thérapeutiques : si l'efficacité des antidépresseurs sérotoninergiques semble réelle à court terme, leur effet à long terme reste mal étudié.

BIBLIOGRAPHIE

BERG CZ, RAPOPORT JL, WHITAKER A, DAVIES M, LEONARD H et coll. Childhood obsessive compulsive disorder : a two-year prospective follow-up of a community sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1989, **28** : 528-533

BLACK A. The natural history of obsessional neurosis. In : Obsessionnal states. BEECH HR ed, Methuen, London, 1978

BOUVARD MP. Le trouble obsessionnel-compulsif chez l'enfant et l'adolescent : aspects développementaux et stratégies thérapeutiques. *Encéphale* 1995, **21** : 51-57

BURD L, KERBESHIAN J, WIKENHEISER M, FISHER W. Prevalence of Gilles de la Tourette's syndrome in North-Dakota school age children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1986, **25** : 552-553

DUGAS M, BOUVARD MP, WALLER-PERROTTE D. Échelles d'évaluation en psychiatrie de l'enfant. EMC (Paris-France) Psychiatrie, 37.200.E.50 1994, 8p

FLAMENT M, WHITAKER A, RAPOPORT J, DAVIES M, BERG CZ et coll. Obsessive-compulsive disorder in adolescence : an epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988, **27** : 764-771

GELLER D, BIEDERMAN J, JONES J, PARK K, SCHWARTZ S et coll. Is juvenile obsessive-compulsive disorder a developmental subtype of the disorder ? A review of the pediatric literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998, **37** : 420-427

KARNO M, GOLDING JM. Obsessive compulsive disorder. In : Psychiatry disorder in America. ROBINS and REGIER eds, The Free Press, New York, 1991 : 204-219

LEONARD HL, SWEDO SE, LENANE MC, RETTEW DC, HAMBURGER SD et coll. A 2 to 7 year follow-up study of 54 obsessive-compulsive children and adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1993, **50** : 429-439

MARCH JS, LEONARD HL. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents : a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996, **35** : 1265-1273

MC DOUGLE CJ, GOODMAN WK, LECKMAN JF, LEE NC, HENINGER GR, PRICE LH. Haloperidol addition in obsessive-compulsive disorder. A double-blind placebo-controlled study in patients with and without tics. *Arch Gen Psychiatry* 1994, **51** : 302-308

MICHAUX L, DUGAS M. Les obsessions de l'enfance. *Rev Prat* 1953, **17** : 1201-1205

PAULS DJ, TOWBIN KE, LECKMAN JF, ZAHNER GE, COHEN DJ. Gilles de la Tourette's syndrome and obsessive-compulsive disorder. Evidence supporting a genetic relationship. *Arch Gen Psychiatry* 1986, **43** : 1180-1182

PAULS DJ, RAYMOND CL, STEVENON JM, LECKMAN JF. A family study of Gilles de la Tourette's syndrome. *Am J Hum Genet* 1991, **48** : 154-168

RAPOPORT J. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. American Psychiatric Press Inc., Washington, 1989, 355 p

RETTEW DC, SWEDO SE, LEONARD HL, LENANE MC, RAPOPORT JL. Obsessions and compulsions across time in 79 children and adolescent with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992, **31** : 1050-1055

SWEDO SE, RAPOPORT J. Phenomenology and differential diagnosis of obsessive-compulsive disorder in children and adolescent. In : Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. RAPOPORT ed, American Psychiatric Press Inc., Washington, 1989 : 13-33

THOMSEN PH. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. A 6-22 year follow-up study of social outcome. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1995, **4** : 112-122