

TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS « TOC » (ENFANTS & ADOLESCENTS)

Dr. J. XAVIER

Chef de Clinique service de Pédo-psychiatrie (Pr. Mazet) - Hôpital Pitié - Salpêtrière
Séance du 3 octobre 2002

1. PLAN

Introduction

Aspects cliniques. Comment faire le diagnostic. Dépistage.

Epidémiologie

Diagnostic différentiel et de comorbidité

Etiologie

Traitement

2. INTRODUCTION

Esquirol en 1838 dans son traité des maladies mentales parle pour la première fois d'une jeune femme présentant des troubles obsessionnels avant sa majorité.

Janet, quelques années après, décrit chez un enfant de 5 ans des troubles obsessionnels.

Plusieurs auteurs classiques (Kanter en 1935, Desperé en 1945) ont cependant évoqué une symptomatologie obsessionnelle chez l'enfant. Ils ont noté que la reconnaissance du symptôme par l'enfant lui-même était variable. Ceci fait appel à deux notions : l'égo-symphonie et l'égo-dystonie :

- **Dans l'égo-symphonie**, le symptôme correspond à un symptôme naturel pour lequel l'enfant ne prend aucune distance. L'enfant ne reconnaît pas le côté anormal de son symptôme et il ne peut pas en parler.
- **Dans l'égo-dystonie**, l'enfant reconnaît l'anormalité du symptôme, il pourra exprimer la gêne que le symptôme entraîne et donc en parler.

L'une des caractéristiques du trouble obsessionnel compulsif de l'enfant est de ne pas être toujours reconnu :

- par l'enfant lui-même comme une anomalie, ce qui rend difficile son dépistage.
- par la famille, aux yeux de laquelle le symptôme peut aussi passer inaperçu et/ou devenir « habituel ». L'enfant peut être décrit comme un enfant à sale caractère ou ayant certaine manie faisant partie de son modus vivendi.

Les auteurs classiques ont montré que les enfants ont tendance à minimiser leurs troubles, à les cacher. Ils ont aussi insisté sur le retentissement social de ces symptômes et du degré d'implication de la famille.

Il a fallu attendre ces dix dernières années pour qu'une grande étude américaine multicentrique mette en évidence :

- la grande fréquence des troubles obsessionnels chez les enfants et les adolescents,
- la sous-estimation de la pathologie par les médecins et psychiatres par insuffisance diagnostique
- l'insuffisance de prise en charge thérapeutique.

Symptôme caché. Freud parlait déjà de religion cachée.

3. SIGNES CLINIQUES

3.1. Contexte clinique

Sur le plan clinique, il n'est pas évident de dépister le trouble obsessionnel, et la question se pose à quel moment la famille vient consulter pour son enfant. Il y a une sorte d'implication de la famille alors que le statut est accepté depuis assez longtemps. En dehors du fait que le trouble puisse être caché par l'enfant, il est caché par son environnement.

Dans le cadre de l'ego-synthia, l'enfant ne reconnaît pas son trouble car c'est sa façon d'être, mais si le symptôme se développe et s'élargit ou si d'autres apparaissent devenant plus handicapants, peut-être à ce moment-là, l'enfant pourra prendre conscience de son anomalie et en parler.

Des études rétrospectives portant sur des adultes présentant des troubles obsessionnels compulsifs ont montré qu'assez souvent ces personnes présentaient déjà des troubles dans l'enfance et l'adolescence.

Lorsque les troubles sont constatés à l'hôpital, c'est en général en bout de course. Par exemple, un enfant présentant des troubles obsessionnels marqués ne sera vu qu'à l'occasion d'un passage à l'acte suicidaire. Ce peut être aussi pour la survenue de crise clastique (des accès de colère) à l'école ou à la maison. C'est en faisant l'anamnèse, en interrogeant sur les conditions de survenue de l'épisode révélateur que l'on découvre des symptômes invalidants qui seraient à l'origine de ces comportements bruyants. **Il y a une souffrance mais pas de demande.**

Toute la question est de pouvoir aider l'enfant et ses parents, à identifier la souffrance donc de la nommer.

Pour ces enfants et leur famille, il s'agit de symptômes tout à fait naturels, et puis à un moment donné, ils se rendent compte du caractère dystonique du phénomène et paradoxalement ils vont le cacher en le minimisant souvent par honte.

Une participation de la famille peut expliquer que l'enfant est vu tardivement, lorsque les parents eux-mêmes présentent des troubles obsessionnels

3.2. Les aspects cliniques

En référence à la classification internationale (DCM-IV), les troubles obsessionnels sont rangés dans les troubles anxieux. Il existe deux types de troubles : les obsessions et les compulsions.

3.2.1. Les obsessions

Du latin « absessus », assiégé, les obsessions sont des idées, des représentations qui ont un caractère intrusif, récurrent, persistant (assiégeant l'enfant) et qui sont à l'origine d'une lutte anxieuse. Le sujet va tenter de s'en libérer, mais n'y arrive pas. Deux aspects sont à distinguer :

- **Les obsessions idéatives** (de doute, ...), appelées aussi ruminations à note anxieuse,
- **Les obsessions phobiques** (peur des microbes...) qui conduisent à des comportements d'évitement (le sujet ne serre pas la main, ne touche pas les portes de peur d'être contaminé, ...) pouvant déboucher à des compulsions (lavage des mains). Les obsessions sont ainsi souvent liées aux compulsions.

3.2.2. Les compulsions

Elles sont définies par un comportement où des actes mentaux répétitifs qui s'imposent au sujet de manière incoercible. Elles permettent d'abaisser l'anxiété liée à l'obsession en s'opposant à elle par un comportement d'évitement.

- Par exemple un sujet va répéter une série de chiffres pour supprimer l'idée obsessionnelle, faisant ainsi appel à un mécanisme défensif,
- Un autre va se laver les mains ou se laver les dents de façon très fréquente et sans justification, sauf celle de le rassurer d'avoir par ce geste éliminé un risque de contamination ou d'être contaminateur par un germe hypothétique.

L'élément déclenchant peut être une situation vécue ayant favorisé l'obsession phobique.

3.2.3. Le diagnostic des troubles obsessionnels compulsifs

Il repose avant tout sur l'évaluation clinique de l'enfant et de sa famille :

Si l'enfant ou sa famille peuvent en parler, il sera possible de préciser le symptôme et ses caractéristiques

- date d'apparition,
- mode d'apparition et/ou facteur déclenchant,
- existence de facteurs apaisants (lieu de détente, écoute d'une histoire,...)
- le symptôme est-il variable, modulable ou pas ?

On doit s'interroger aussi sur le moment de la consultation : Pourquoi viennent-ils me voir aujourd'hui ? On peut penser que le trouble est assez ancien, quand on reçoit un enfant de 15 ans et que l'on retrouve des éléments assez significatifs dans les années passées.

Exemple

Ainsi de cette JF de 16 ans dont la mère dit que cela a commencé après une extraction de dent de sagesse dont les suites immédiates sont normales et chez qui sont apparues secondairement des compulsions de lavage pour aboutir à un état de réclusion à la maison ; elle passait son temps à se laver les mains. Après s'être lavé les mains dans le cabinet de toilette, elle remontait dans sa chambre les mains en l'air comme si elle allait dans une pièce stérile et elle ne supportait pas que ses parents rentrent par crainte de courant d'air.

Le but de la consultation était d'obtenir un certificat car la mère « savait que c'est l'anesthésie lors de l'intervention qui était responsable du trouble actuel ». Elle ne venait pas pour les troubles fonctionnels qui eux étaient invalidants. Tout était organisé autour de sa fille à la maison ; ses frères et sœurs devaient passer à 2,50m à côté d'elle. Le généraliste sachant qu'elle avait besoin d'une consultation psychiatrique avait conseillé à la mère d'aller chercher le certificat en milieu hospitalier pour que ce dernier ait plus de poids.

Il faut désigner la personne malade dans le groupe.

Il se passe quelque chose dans cette famille et puis il y a eu cet épisode de dent de sagesse chez la fille qui est devenue malade. Elle a pris sur elle d'être la malade du groupe, mais elle a eu la sagesse de ne pas revenir voir le psychiatre tout en y envoyant sa mère ce qui permet de garder un contact indirect pouvant déboucher vers l'acceptation ultérieure d'une aide. Pour l'instant la JF ne veut pas venir car « l'air est pollué, elle s'en est aperçu en venant au premier rendez-vous ».

A une question de l'assistance sur la prise en charge dans le cadre d'une thérapie familiale, la réponse est que ce type de thérapie ne peut pas être une démarche initiale.

On peut utiliser des échelles d'évaluation dans les T.O.C., en particulier quand l'enfant ne peut en parler et qu'il n'en a pas conscience. Par le biais de ces échelles, les enfants et les ados peuvent quelquefois lâcher à leur insu quelque symptôme révélateur.

A cette méconnaissance importante des troubles obsessionnels chez l'enfant et l'adolescent, il y a plusieurs raisons. L'une d'elles est qu'il existe chez l'enfant un certain rituel, fait de comportements ritualisés qui sont tout à fait normaux, physiologiques, de bon augure quant au développement de l'enfant.

Eléments différentiels entre obsessions « normales » et obsessions pathologiques	
Obsessions « normales »	Obsessions pathologiques (TOC)
<p>Rituel de l'enfant, le doudou à la même place, lire une histoire à la même heure Obsessions brèves, limitées dans le temps, ponctuelles, facilité de s'en distraire, absence de conduite d'évitement absence de souffrance psychique développement normal, sans angoisse, bon sommeil, relation sociale facile avec son entourage, pas de crise de colère</p>	<p>Chez les enfants qui ont du mal à exprimer son symptôme Obsessions plus longues, persistantes Un contrôle difficile voire impossible pouvant aboutir à un épuisement moral, Conduite d'évitement, angoisses (calmées transitoirement par les compulsions et de façon incomplète avec un effet paradoxal renforçateur des angoisses), Un état relationnel familial, scolaire majeur, Accès de colère (par énervement ou épuisement moral lié aux obsessions et aux compulsions) Souffrance et épuisement psychique (état dépressif), Retentissement familial majeur puis de rejet : c'est souvent à cette occasion que l'enfant est amené en consultation</p>

3.2.4. Quelques caractéristiques propres à l'enfant souffrant de TOC :

- ▶ Moins il y a d'égo-dystonie, moins l'enfant est capable de prendre de la distance par rapport à son symptôme, donc d'en percevoir le caractère anormal. Il ne se rend pas compte qu'il s'agit d'une maladie, donc il n'en parle pas à son entourage
- ▶ Les obsessions et les compulsions sont multiples et variables dans leur expression.
 - Dans les études rétrospectives, les symptômes, qui existaient dans l'enfance et même dans l'adolescence, changent. Ils ont le même mécanisme, mais l'expression symptomatique se modifie. C'est parfois la variabilité du symptôme qui va motiver la consultation : Une mère, par exemple, qui présente un trouble obsessionnel, peut très bien tolérer le trouble obsessionnel de l'enfant mais pas la modification de ce trouble.
 - L'entourage familial devant la gestuelle de l'enfant est parfois autoritaire et tyrannique lors de la modification du trouble jusque-là toléré.
 - Un ado de 14 ans est venu consulter pour des gestes rituels au coucher très invalidants (il devait tourner, embrasser son oreiller puis se lever pour replier son oreiller suivant un rite précis et il devait toucher la table dans un geste particulier ainsi que sur les murs). Vu à plusieurs reprises, ses symptômes se sont amendés. Mais son père, présentant aussi des troubles obsessionnels ne cessait de répéter qu'il en avait encore et que c'était insupportable.
 - Empêcher un obsessionnel de réaliser ses compulsions pour pouvoir abaisser son angoisse est pour lui intolérable et renforce le trouble :
 - Crise de colères,
 - Agressivité en cas d'interruption volontaire ou non du rituel ou de refus familial.

Les obsessions fréquentes craintes :

- ▶ De blasphémer,
- ▶ D'insulter un enseignant,
- ▶ De faire une faute,
- ▶ De transférer des microbes, d'attraper une maladie,
- ▶ De blesser un autre enfant,
- ▶ D'oublier quelque chose (ses devoirs, rangement...),
- ▶ D'être atteint d'un défaut physique, d'être préoccupé par la nourriture,

Les compulsions fréquentes sont :

- ▶ Des gestes, mimiques particulières,
- ▶ Un lavage des mains du corps plusieurs fois par jour,
- ▶ Une superstition bizarre (ne pas pouvoir marcher sur un trottoir parce qu'il y a des lignes, ...), ne pas toucher certains objets, faire une longue liste de vérification, ...

Un passage à l'acte suicidaire peut être l'élément révélateur de la souffrance morale et de l'épuisement psychique de l'enfant ou de l'adolescent.

Chez l'adolescent, les obsessions et les compulsions sont assez identiques à celles de l'enfant, peut être il y a plus de préoccupations concernant le corps.

4. EPIDEMIOLOGIE

Les TOC ne sont pas rares, ils sont sous estimés et souvent méconnus par les médecins et psychiatres. **Un enfant sur 30 en serait atteint** (1 par classe environ) d'après les études américaines.

L'âge des troubles varie entre 9 ans et 11 ans et demi avec un âge moyen de 10 ans. D'autres études ont montré que la distribution était du type bimodal avec 2 pics de fréquence :

- Un pic au niveau de l'adolescence (12 – 14 ans)
- Un pic avant 7 ans (5 - 6 ans)

Le sex ratio est équivalent pour les deux sexes. Pour certains auteurs, il y aurait une petite sur-représentation du trouble chez les garçons qui serait corrélée à un âge plus précoce. Si on prend une certaine classe d'âge, on retrouve plus de garçons, mais globalement si l'on regroupe enfance et adolescence, on a une équivalence.

Quand les TOC surviennent avant l'âge de 7 ans, un caractère familial est plus souvent retrouvé.

5. DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL & COMORBIDITE

Dans le développement normal de l'enfant, des obsessions peuvent apparaître, comme certains rituels décrits ci-dessus, plus marqués vers 3 ou 4 ans, aidant à maîtriser l'anxiété en particulier liée à l'absence de la mère, et jouant un rôle dans le processus de socialisation. Ces obsessions disparaissent vers 7 – 8 ans.

5.1. Diagnostic différentiel

Le tic de Gilles de la Tourette est un diagnostic différentiel, mais peut être aussi un élément de comorbidité (de l'ordre de 40 %) avec les TOC. La coexistence des deux entraînerait une plus grande résistance au traitement.

La chorée de Sydenham, chorée aiguë liée au streptocoque du groupe A β hémolytique guérissant spontanément sans séquelle sous réserve de lésion cardiaque.

Le PANDAS (Pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders annexed streptocoque). L'équipe de Suedo en 1998 rapporte un sous groupe d'enfant présentant des TOC ou des tics dont l'apparition ou leur exacerbation pouvaient être mis en lien avec des infections à streptocoque β hémolytique. Ils ont émis l'hypothèse que le lien était indirect avec le streptocoque par le biais d'une réaction auto-immune.

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux qui par un épuisement moral peuvent aussi conduire à la dépression.

5.2. Les pathologies apparentés aux TOC

Il ne s'agit pas de troubles de type obsessionnel mais de troubles qui partageraient un même substrat physiologique avec les TOC : Trichotillomanie, onychophagie, troubles du comportement alimentaires.

- Chez l'enfant, on retrouve une association assez fréquente entre les TOC, les troubles de l'attention et « l'enfant hyperactif ».
- Chez les adolescents et les adultes, on retrouve l'association des TOC et toxicomanie.

6. ETIOLOGIE

6.1. Hypothèse psychanalytique

Freud a décrit le trouble obsessionnel comme étant un aménagement défensif. Il s'agit d'un mécanisme adaptatif du sujet dans sa confrontation à la problématique quotidienne. Une phobie du contact pourrait venir en lieu et place de la menace d'une réalisation du désir œdipien. Ainsi, au lieu de toucher maman, de faire l'amour avec elle, chez l'enfant s'installe une phobie du contact. Avoir consciemment l'idée que l'on a envie de faire l'amour avec maman cela est un rôle difficile à supporter, avoir une phobie du contact c'est plus acceptable.

6.2. Hypothèse génétique

Le gène du TOC n'est pas trouvé. Certains auteurs ont cependant remarqué qu'il y avait des familles comprenant de nombreuses personnes atteintes par des TOC :

Certaines études ont confirmé la prédisposition familiale et ont montré que

- Dans ces familles là, les TOC apparaissent à un âge souvent plus précoce que dans les familles où il n'existait pas cette prédisposition.
- Dans les familles à prédisposition familiale avec la présence de jumeaux, la survenue des TOC chez les 2 jumeaux homozygotes est beaucoup plus fréquente que chez les jumeaux hétérozygotes.
- Les auteurs pensent qu'il n'y a pas qu'une prédisposition génétique mais une conjonction de facteurs.

6.3. Hypothèse auto-immune

L'étude des enfants présentant des TOC et chez lesquels l'anamnèse retrouve des infections β hémolytiques qui se sont guéries (PANDAS) a permis de suggérer un lien entre l'infection strepto et l'aggravation ou la survenue des TOC. Chez ces sujets, les TOC apparaissent avant la puberté et l'évolution se ferait par épisodes. Il s'y associerait des troubles neurologiques comme une hyperactivité motrice ou des mouvements ...

6.4. Hypothèse neuropsychiatrique

Elle recoupe un peu les autres hypothèses ; Les troubles obsessionnels sont parfois associés à d'autres pathologies neurologiques en particulier Gilles de la Tourette, Chorée de Huntington, Parkinson, mais aussi à une atteinte infectieuse, à un traumatisme. L'imagerie cérébrale a montré que dans le Gilles de la Tourette et dans les TOC il y avait une diminution considérable des noyaux caudés.

7. TRAITEMENT

7.1. Psychothérapie

7.1.1. La psychothérapie analytique

Même si elle n'est pas utilisée en première intention chez un enfant souffrant de TOC, on peut se référer à la théorie psychanalytique pour comprendre la situation de cet enfant. Et si l'on parle de psychanalyse, c'est dans une autre démarche et dans un second temps.

7.1.2. La thérapie cognitive comportementale.

L'abord psychodynamique doit être une tentative de compréhension du trouble, de décryptage et cela à deux niveaux :

- D'abord au niveau séméiologique : il faut décrypter les symptômes, les analyser, les caractériser, les préciser.
- Ensuite, au niveau de la signification du symptôme : signification du symptôme lui-même, du moment de sa survenue, pourquoi est-il survenu dans sa famille à ce moment-là, au regard du rapport individuel de l'enfant avec sa famille, de son développement psychoaffectif.

La thérapie cognitive comportementale doit être une sorte de « désensibilisation » vis à vis de son symptôme : par exemple un sujet qui ne supporte pas la saleté, on lui fait nettoyer la cuvette des toilettes, ...

Si la thérapie cognitive comportementale seule ne marche pas, un traitement antidépresseur avec un inhibiteur de la recapture de la sérotonine (IRS) doit être associé : Il sera débuté au bout de 4 semaines de thérapie seule si le trouble est modéré, au bout de 2 semaines si le trouble est sévère.

7.2. Pharmacologie

Il existe plusieurs antidépresseurs du type IRS :

- Le Zoloft® est le seul actuellement à avoir l'AMM en France chez l'enfant de moins de 15 ans.
- Le Deroxat®, n'a pas l'AMM chez l'enfant au dessous de 15 ans. Il peut être utilisé chez l'adolescent, et même chez l'enfant un peu plus jeune, en faisant signer un accord par le responsable légal (parents).

Le traitement antidépresseur doit être donné pendant une année après l'amélioration fonctionnelle.