

TROUBLES OBSESSIONNELS COMPULSIFS CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

**Pedro Gomes de Alvarenga, Rosana Savio Mastrorosa & Maria
Conceição do Rosário**

**Edition en français
Traduction : Alexis Revet
Sous la direction de : Jean-Philippe Raynaud
Avec le soutien de la SFPEADA**



Pedro Gomes de Alvarenga MD
Psychiatrist, Department
and Institute of Psychiatry,
University of São Paulo Medical
School, São Paulo, Brazil.

Conflict of interest: none
disclosed

Rosana Savio Mastrorosa BA
Clinical Psychologist, Child
and Adolescent Psychiatry
Unit (UPIA), Department of
Psychiatry, Federal University
of São Paulo, São Paulo, Brazil

Conflict of interest: none
disclosed

Maria Conceição do Rosário
MD, PhD

Child and Adolescent
Psychiatrist; Associate
Professor at the Child and
Adolescent Psychiatry unit
(UPIA), Department of
Psychiatry, Federal University
of São Paulo, São Paulo, Brazil

Conflict of interest: speaker for
Novartis, Lilly and Shire

Cette publication est à destination des professionnels de la santé mentale, qu'ils soient en formation ou en exercice. Elle n'est pas destinée au grand public. Les opinions exprimées sont celles des auteurs et ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Editeur ou de la IACAPAP. Cette publication tente de décrire les meilleurs traitements et pratiques basés sur des preuves scientifiques disponibles au moment de sa rédaction, traitements et pratiques qui pourraient donc évoluer en fonction des recherches à venir. Les lecteurs doivent mettre en perspectives ces connaissances avec les recommandations et les lois en vigueur dans leur pays. Certains traitements pourraient ne pas être disponibles dans certains pays et les lecteurs devraient consulter les informations spécifiques des médicaments car tous les dosages et les effets indésirables ne sont pas mentionnés. Les organisations, les publications et les sites web sont cités ou mis en lien afin d'illustrer les résultats et de pouvoir rechercher davantage d'informations. Cela ne veut pas dire que les auteurs, l'Editeur ou la IACAPAP endossent leurs contenus ou leurs recommandations, lesquelles pourraient être évaluées de façon critique par le lecteur. De même, les sites web peuvent changer ou cesser d'exister.

©IACAPAP 2012. Ceci est une publication en accès libre sous la [Creative Commons Attribution Non-commercial License](#). L'utilisation, la distribution et la reproduction sur tout type de support sont permises sans permission préalable du moment que le travail original est correctement cité et que l'utilisation n'est pas commerciale. Envoyez vos commentaires sur ce livre ou ce chapitre à jmreyATbigpond.net.au

Citation suggérée : Alvarenga PG, Mastrorosa RS, Rosário MC. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. In Rey JM (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. (édition en français; Cohen D, ed.) Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

Les troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sont un trouble neuropsychiatrique fréquent caractérisé par la présence d'obsessions et/ou de compulsions qui sont envahissantes et entraînent une souffrance ou interfèrent avec la vie du patient (Association Américaine de Psychiatrie, 2000). Les TOC affectent toutes les classes d'âge indépendamment de la race, du statut socioéconomique ou de la religion. De plus, le coût lié à la prise en charge des TOC a été estimé à 8 milliards de dollars par an aux Etats-Unis (Hollander et al, 1998). Malgré leur fréquence et leur caractère handicapant, certaines études suggèrent que près de 60% des patients atteints de TOC attendent trop longtemps pour se faire traiter ou ne reçoivent pas de traitement du fait du manque de formation des professionnels de santé au diagnostic de TOC (Dell'Oso et al, 2007).

Les TOC chez les enfants peuvent ressembler aux formes de l'adulte mais ils présentent souvent des particularités cliniques. De récentes études vont dans le sens d'une hétérogénéité clinique et étiologique des TOC et soutiennent le fait que les TOC de début précoce pourrait représenter un sous-groupe unique (Miguel et al, 2005; Leckman et al, 2009). De plus, dans 50% à 80% des cas, les symptômes débent avant 18 ans, ce qui souligne l'importance de considérer les TOC comme un trouble développemental (Kessler et al, 2005). L'objectif de ce chapitre est de présenter les points les plus importants concernant l'évaluation et la prise en charge des enfants et des adolescents souffrant de TOC.

APERCU HISTORIQUE

Les symptômes obsessionnels compulsifs ont été décrits dès le 17^{ème} siècle. A cette époque, les obsessions et les compulsions étaient envisagées comme des manifestations de mélancolie religieuse et ceux qui en souffraient étaient considérés comme étant « possédés » par des forces extérieures. C'est dans la première moitié du 19^{ème} siècle que les TOC sont entrés dans le champ de la science. Jean Dominique Esquirol, un psychiatre français, fut le premier à décrire en 1838 une entité médicale assez proche des TOC qu'il classa au sein des « monomanies » (une sorte de délire partiel). A la fin du 19^{ème} siècle, les TOC étaient classés dans la neurasthénie. Au début du 20^{ème} siècle, Sigmund Freud et Pierre Janet, un psychologue français, isolèrent tous deux les TOC de la neurasthénie. En 1903 Pierre Janet fit l'hypothèse que les patients obsessionnels présentaient une personnalité anormale (appelée « psychasthénie »), marquée par l'anxiété, une inquiétude excessive et le doute, et décrivit un traitement efficace des compulsions et des rituels par des techniques similaires à celles utilisées aujourd'hui en thérapie comportementale. Janet rapporta le cas d'un garçon de 5 ans "psychasthénique" avec des pensées intrusives et répétitives. Il s'agit de la première description clinique d'un TOC pédiatrique (pour une revue, voir Alvarenga et al, 2007).

Actuellement, le Manuel Diagnostique et Statistique des Maladies Mentales (DSM ; Association Américaine de Psychiatrie, 2000) et la Classification Internationale des Maladies (CIM ; Organisation Mondiale de la Santé, 1992) utilisent tous deux les mêmes critères diagnostiques pour l'enfant, l'adolescent et l'adulte, à l'exception du fait que les enfants ne doivent pas nécessairement présenter le critère « d'insight ». Une révision de ces classifications est en cours.



Jean Dominique Esquirol, un psychiatre français, fut le premier à décrire en 1838 une entité médicale assez proche des TOC modernes

EPIDEMIOLOGIE

La prévalence des TOC *au cours de la vie* est de 1% à 3%, ce qui en fait l'un des troubles neuropsychiatriques les plus fréquents. Les symptômes de TOC débutent avant la puberté chez environ un tiers à la moitié des sujets (Kessler et al, 2005). Par exemple, une étude incluant 330 patients adultes atteints de TOC a montré que 49% avaient présenté leurs premiers symptômes avant l'âge de 11 ans et 23% entre 11 et 18 ans (de Mathis et al, 2009). Chez l'enfant et l'adolescent, les TOC étaient considérés comme rares jusqu'à ce qu'une étude parue en 1998 ait estimé la prévalence aux Etats-Unis sur *un an* à 0,7% (Flament et al, 1988). La plus récente étude britannique de santé mentale a rapporté une prévalence *ponctuelle* de 0,25% chez les enfants âgés de 5 à 15 ans ; il est intéressant de noter que la plupart d'entre eux n'ont jamais demandé de traitement – ce qui est semblable aux résultats des études épidémiologiques chez l'adulte (Heyman et al, 2003).

Il existe deux pics d'incidence des TOC avec des distributions différentes selon le genre ; le premier pic est dans l'enfance, avec des symptômes apparaissant le plus souvent entre 7 et 12 ans et une prépondérance masculine. Le second pic survient chez le jeune adulte, à un âge moyen de 21 ans et avec une légère prépondérance féminine (Geller et al, 1998).

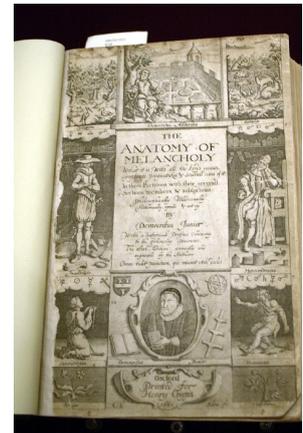
CARACTERISTIQUES CLINIQUES

Les TOC sont caractérisés par la présence d'obsessions et de compulsions qui sont chronophages (au moins 1 heure par jour), entraînent une souffrance subjective et interfèrent avec la vie du patient ou de sa famille. Les *obsessions* sont des idées, des images, des peurs, des pensées ou des inquiétudes intrusives, non voulues et qui sont vécues comme inconfortables, déplaisantes, pénibles ou génératrices d'anxiété. Les compulsions sont des comportements ou des actes mentaux répétitifs réalisés afin d'ignorer, de réduire ou d'éliminer l'anxiété ou la détresse générées par les pensées obsessionnelles. Les *compulsions* sont généralement réalisées suivant certaines règles que le patient se sent contraint à suivre (Association Américaine de Psychiatrie, 2000). Les symptômes obsessionnels compulsifs varient considérablement non seulement d'un patient à l'autre mais aussi chez un même patient dans le temps. Malgré ces variations, certains symptômes sont plus fréquents que d'autres et sont décrits dans le Tableau F.3.1.

Même s'il existe de nombreuses similitudes de présentation clinique tout au long de la vie, les enfants et les adolescents souffrant de TOC présentent aussi des spécificités. Par exemple, plus le patient est jeune, plus la probabilité d'avoir des compulsions sans obsessions est grande (Rosario-Campos et al, 2001). Les enfants ont souvent moins tendance à reconnaître leurs symptômes comme egodystoniques, ce qui les rend moins désireux de résister à l'urgence de réaliser un comportement compulsif. Ainsi, le DSM-IV ne nécessite pas d'insight pour poser le diagnostic chez l'enfant. Les enfants peuvent aussi présenter des *compulsions semblables aux tics*, qui peuvent être confondues avec des tics complexes, surtout si les compulsions sont de simples rituels de toucher (Rosario-Campos et al, 2005). Dans ces cas, les compulsions peuvent être précédées ou accompagnées non seulement par des obsessions mais aussi par différents types de phénomènes sensitifs.

Conséquences des troubles obsessionnels compulsifs

- Les TOC sont un trouble neuropsychiatrique fréquent
- Ils entraînent une souffrance et un handicap significatifs
- Un coût annuel aux Etats-Unis d'environ 8 milliards de dollars
- Début dans 50% à 80% des cas avant l'âge de 18 ans
- Environ 60% des patients gardent des symptômes



L'érudit d'Oxford, Robert Burton, rapporta un cas dans son compendium, l'*Anatomie de la Mélancolie* (1621): « S'il est dans un auditoire silencieux, comme lors d'un sermon, il craint de dire tout haut et de façon inconséquente, quelque chose d'indécent, d'impropre à dire. »

Le terme *phénomènes sensitifs* est utilisé pour définir des sensations, des perceptions, des sentiments ou des besoins inconfortables ou perturbants qui précèdent ou accompagnent des comportements répétitifs comme les compulsions ou les tics. Les patients souffrant de TOC peuvent se sentir poussés à répéter les compulsions jusqu'à ce qu'ils éprouvent un sentiment de soulagement par rapport à ces sensations inconfortables. Les phénomènes sensoriels peuvent être divisés en phénomènes physiques et mentaux. Citons par exemple les sensations dans la peau, les perceptions du « juste comme il faut », et les sensations d'incomplétude (Rosario et al, 2008; 2009). Ainsi, certaines personnes peuvent « ressentir » une impression de graisse sur les mains et les laver de façon répétée pour cette raison. Une autre personne peut se sentir « mal à l'aise » à cause de la façon dont certains objets sont arrangés sur une étagère et ressentir un besoin urgent de les arranger de nombreuses fois jusqu'ils lui semblent « juste comme il faut ». L'évaluation de la présence et de la sévérité des phénomènes sensoriels est importante car certaines études ont rapporté que les patients souffrant de TOC de début précoce et semblables aux tics présentaient d'avantage de phénomènes sensoriels et certaines d'entre elles ont même rapporté que ces phénomènes sensoriels entraînent encore plus de souffrance que les compulsions.

Age de début

Jusqu'ici, il n'existe pas de consensus pour définir de façon optimale l'âge de début ; certains auteurs le définissent comme l'âge de début des symptômes (Rosário-Campos et al, 2001) tandis que d'autres le définissent comme l'âge auquel les symptômes commencent à interférer avec le fonctionnement normal (Tükel et al, 2005). De même, il n'existe pas de consensus sur le seuil à fixer pour les sous-groupes de début précoce ; des seuils à 10, 14 ou 18 ans ont été proposés (Rosario-Campos et al, 2001). Une étude de comorbidité chez 330 patients atteints de TOC a apporté des éléments de réponse ; les auteurs rapportaient que le fait d'inclure les âges de début dans les analyses comme des variables continues s'avère plus informatif et que les âges de 10 et de 17 ans sont des seuils appropriés pour définir respectivement les sous-groupes précoces et tardifs (de Mathis et al, 2008).

L'âge de début est important car des preuves émergent selon lesquelles les TOC de début précoce pourraient représenter un sous-groupe à part. De précédentes recherches ont montré que les adultes qui rapportent un début précoce montrent une plus grande sévérité, la persistance de symptômes et pourraient moins bien répondre au traitement. De plus, les formes à début précoce ont été associées à moins d'obsessions, d'avantage de compulsions semblables aux tics, plus de phénomènes sensoriels et un plus fort taux de comorbidité de type tics (Rosario-Campos et al, 2001; de Mathis et al, 2009).

Les dimensions de la symptomatologie obsessionnelle compulsive

Même si le fait de classer les patients selon l'âge de début s'est avéré utile pour identifier des sous-groupes plus homogènes, l'approche dimensionnelle a démontré sa plus grande pertinence. Les études par analyse de facteurs ont réduit les symptômes des TOC à quelques dimensions consistantes et cliniquement significatives : contamination/nettoyage, obsessions/vérifications, symétrie/rangement, et accumulation (Mataix-Cols et al, 2005).

Ces dimensions symptomatiques, similaires dans toutes les classes d'âge

(Bloch et al, 2008), peuvent être envisagées comme des caractéristiques cliniques se chevauchant et qui pourraient représenter un continuum avec les premières craintes « normales » de l'enfance (Leckman et al, 2009), sont stables dans le temps, et sont corrélées à diverses variables, génétiques, de neuroimagerie et de réponse au traitement (Mataix-Cols et al, 2005).

Par exemple, certaines études ont montré que les patients souffrant de TOC à début précoce présentent une plus grande sévérité dans les dimensions symptomatiques suivantes : les obsessions agressives et les compulsions correspondantes ; les obsessions et les compulsions de symétrie, d'ordre et de rangement (Rosário-Campos et al, 2005; Leckman et al, 2009).

Comorbidité

Comme chez l'adulte atteint de TOC, 60% à 80% des enfants et des adolescents atteints présentent au moins un trouble psychiatrique comorbide. Les plus communs sont les tics, le trouble déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), les autres troubles anxieux, les troubles de l'humeur et les troubles alimentaires (Geller, 2006).

L'association entre les TOC et les tics est la plus frappante. Les enfants atteints de TOC ont rapporté un taux de tics de 20% à 59%, en comparaison aux taux de 9% et 6% chez les adolescents et les adultes, respectivement. De même, 48% des patients adultes souffrant de TOC à début précoce ont des tics ou un syndrome de Gilles de la Tourette, à comparer au taux de 10% chez ceux à début tardif (Rosario-Campos et al, 2001). La force de cette association a conduit certains à décrire un sous-groupe de « TOC liés aux tics », caractérisé par un plus grand risque de transmission à la fois des TOC et des tics chez les apparentés du premier degré des probands atteints de TOC ; une plus grande fréquence masculine ; un âge de début plus précoce ; et une réponse au traitement différente (Rosario et al, 2008).

De plus, il existe un groupe de troubles qui semble constituer un continuum clinique (avec des pensées intrusives, de l'anxiété et des comportements répétitifs) et partager des mécanismes génétiques et physiopathologiques avec les TOC. Ces troubles ont été qualifiés de troubles du spectre obsessionnel compulsif et incluent les TOC, les craintes d'une dysmorphie corporelle, les tics, la trichotillomanie, et les troubles du contrôle des impulsions (Bienvenu et al, 2012).

Evolution et issue

L'évolution des TOC est hétérogène. Le début des symptômes peut être brutal ou insidieux, et le contenu varie considérablement d'un patient à un autre. Il est également fréquent que les symptômes changent avec le temps, même s'ils restent souvent liés par une cohérence thématique (Miguel et al, 2005).

Comme chez l'adulte, il peut se passer beaucoup de temps avant que le diagnostic soit fait et le traitement débuté. Des études ont retrouvé une durée moyenne de 2 ans et demi entre le début des symptômes et le diagnostic aux Etats-Unis (Geller et al, 2006) voire même plus longue en Allemagne (Walitza et al, 2011). Une des raisons de ce retard est le secret. Les patients ressentent souvent de la honte ou de la culpabilité vis-à-vis de leurs symptômes ou de leurs comportements et les cachent jusqu'au moment où ceux-ci perturbent leur vie quotidienne. Les formes légères à modérées peuvent même être diagnostiquées seulement à partir

Tableau F.3.1 Obsessions et Compulsions fréquentes

OBSESSIONS	COMPULSIONS OU RITUELS
<p>Injure, violence, agression ou catastrophe naturelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensées ou images anxiogènes et récurrentes liés au fait qu'ils pourraient se blesser ou blesser d'autres personnes (par exemple, à la vue d'objet tranchant ou près d'une fenêtre) • Crainte d'obéir à des impulsions agressives • Crainte de ne pas réaliser certains rituels (le plus souvent de vérification ou d'évitement) avec pour conséquence la survenue d'un événement néfaste pour les proches et un sentiment de responsabilité par rapport à cela 	<p>Vérification ou évitement liés aux obsessions d'injure, de violence, d'agression ou de catastrophe naturelle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifications répétées des portes, des verrous, de la cuisinière, des fenêtres • Vérifications pour savoir s'ils se sont blessés, eux-mêmes ou d'autres personnes • Vérifications ou autres mesures afin d'empêcher ou de prévenir des blessures pour eux-mêmes ou pour les autres • Besoin de répéter des activités routinières afin de prévenir des conséquences funestes
<p>Sexuelle et Religieuses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensées, images ou impulsions sexuelles « interdites » ou « mauvaises » • Préoccupation excessive par rapport au fait de commettre un péché ou quelque chose de moralement répréhensible, de dire ou de faire quelque chose d'inacceptable d'un point de vue religieux 	<p>Vérification ou évitement liés à des obsessions sexuelles, religieuses ou morales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • S'assurer qu'ils n'ont rien fait de mal, de nature sexuelle ou religieuse • Evitement de certaines actions, personnes, lieux ou objets afin de prévenir la survenue d'obsessions ou de compulsions de nature sexuelle ou religieuses • Besoin de répéter certaines activités afin de prévenir des conséquences néfastes • Besoin d'avoir de « bonnes » pensées pour compenser ou contrebalancer les « mauvaises » pensées • Compter, répéter certaines phrases ou prières en silence
<p>Inquiétudes, préoccupations ou besoin de symétrie, d'ordre et de rangement:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Besoin que les choses soient symétriques ou équilibrées • Besoin que les choses soient parfaites, exactes ou « juste comme il faut » 	<p>Répétition, ordre ou ordonnancement</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arranger les objets de nombreuses fois jusqu'à ce qu'ils soient alignés ou qu'ils s'accordent symétriquement • Compter des objets comme les carreaux du sol ou du plafond, les livres d'une bibliothèque, les clous sur un mur, voire même les grains de sable sur la plage • Ajuster ses papiers ou ses stylos sur sa table de bureau ou les livres de sa bibliothèque • Toucher ou faire quelque chose avec le côté droit suivi par la compulsion de toucher ou de faire la même chose avec le côté gauche
<p>Contamination ; obsession liée au fait de tomber malade ou d'être blessé, en rapport avec:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La saleté ou les germes • Les pertes ou les fluides corporels (tels que le vomie, l'urine, les selles ou la salive) • Les contaminants environnementaux (comme l'asbestose, les radiations ou les déchets toxiques) • Les insectes ou les animaux • Les substances humides ou les déchets • Les objets ménagers ou les autres objets inanimés 	<p>Vérification, évitement ou répétition excessifs ou ritualisés:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nettoyer ou laver des parties de son corps ou des objets • Se doucher, prendre des bains, ou effectuer d'autres routines de toilette, lesquelles doivent être réalisées dans un certain ordre • Usage excessif du papier toilette • Compulsion à réaliser l'ensemble de la procédure à nouveau si la séquence de lavage ou de nettoyage est interrompue • Eviter de toucher les objets, animaux ou personnes du fait qu'ils pourraient être sales ou contaminés
<p>Collection et accumulation:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crainte de se débarrasser d'objets sans importance, liée à la certitude qu'ils seront utiles un jour • Incapacité à se décider à jeter quoique ce soit 	<p>Collecter ou accumuler :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des pièces remplies de vieux journaux, de notes, de conserves, de serviette en papier, d'emballages ou de bouteilles vides • Ramasser des objets ou des déchets dans les rues ou dans les poubelles à ordures

de signes indirects comme une augmentation du temps nécessaire pour réaliser les exercices scolaires, un isolement, ou bien des lésions cutanées, conséquences des compulsions de lavage (Rosario et al, 2008). Dans d'autres cas, les symptômes peuvent ressembler à certaines routines habituelles de l'enfant. En fait, certains comportements répétitifs peuvent faire partie du développement normal de l'enfant. Les jeunes enfants effectuent un certain nombre d'activités ritualisées, répétitive et proches des compulsions qui semblent faire partie de leur répertoire comportemental normal ; ils présentent souvent une routine rigide lors du coucher, du repas et à l'école. Divers aspects des comportements ritualisés et proches des compulsions ont été rapprochés des peurs et des phobies infantiles. Ainsi les TOC peuvent être envisagés comme une condition pathologique présentant une certaine continuité avec des comportements normaux durant différentes périodes développementales (Evans et al, 2002).

Une étude longitudinale sur 9 ans évaluant 145 enfants et adolescents atteints de TOC a montré que les diagnostics les plus fréquents lors du suivi étaient l'anxiété généralisée (25%), suivie par les troubles dépressifs (16%) et les tics (16%). Environ deux tiers d'entre eux se sont dits très améliorés ou bien améliorés par les TCC. Presque la moitié (49%) des participants signalaient qu'ils avaient besoin d'une prolongation du traitement. Le meilleur facteur prédictif de la persistance des TOC dans le suivi de cet échantillon était la durée de la maladie. Le niveau de sévérité au départ n'était un facteur prédictif de persistance. L'impact des TCC sur les répercussions fonctionnelles et sur la qualité de vie a été léger à modéré (Micali et al, 2010). Ces résultats suggèrent que les TOC pédiatriques sont un trouble chronique ou récurrent/rémittent qui nécessite un traitement au long cours. D'autres études ont montré que certains enfants présentaient une évolution vers un niveau infra-clinique avec le temps (Stewart et al, 2004) et que certaines enfants présentaient une évolution très favorable quand ils étaient traités de façon précoce (AACAP, 2012).

Evaluation clinique

Etant donné le caractère caché des symptômes de TOC, il est important que les membres de la famille prêtent attention aux signes précoces de comportements ritualisés devant problématiques. Le Tableau F.3.2 liste quelques questions pouvant être utiles dans le dépistage des TOC.



Cliquer sur l'image pour voir une description générale des TCC (06:07)

Tableau F.3.2 Questions de dépistage utiles dans l'identification des symptômes obsessionnels compulsifs

Votre enfant a-t-il déjà montré :
• Des craintes d'attraper une maladie après avoir touché quelque chose ou une inquiétude exagérée à propos de la saleté conduisant à des lavages de main répétitifs?
• Une préoccupation pour le rangement et l'ordre tellement importante qu'elle interfère avec la vie normale ou avec l'école ?
• Un besoin que les choses semblent, paraissent ou sonnent "juste comme il faut"?
• Des inquiétudes, craintes ou soucis excessifs liés à des pensées agressives, religieuses ou sexuelles?
• Un besoin excessif de collectionner ou d'amasser des objets?

Tableau F.3.3 Echelles utilisées dans l'évaluation des patients atteints de TOC

	CY-BOCS	DYBOCS	YGTSS	USP-SPS	FAS
Auteur (Année)	Scahill et al (1997)	Rosario-Campos et al (2006)	Leckman et al (1989)	Rosario et al (2008)	Calvocoressi et al (1999)
Buts	Evalue la présence et la sévérité des obsessions et compulsions	Evalue la présence et la sévérité des dimensions des symptômes de TOC	Evalue la présence et la sévérité des tics	Evalue la présence et la sévérité des phénomènes sensoriels	Evalue le niveau d'accommodation familiale
Durée d'administration	15 minutes (excluant le temps de listing des symptômes)	10 minutes pour chaque dimension ou 15 minutes pour la sévérité globale (excluant le temps de listing des symptômes)	20 minutes (excluant le temps de listing des symptômes)	20 minutes (excluant le temps de listing des symptômes)	20 minutes (excluant le temps de listing des symptômes)
Self-report	Non	Non	Non	Non	Non
Valide et fiable	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Utile en clinique	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Utile en recherche	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Disponible en d'autres langues que l'anglais	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

CYBOCS: Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; DYBOCS: Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale; USP-SPS: University of São Paulo Sensory Phenomena Scale; YGTSS: Yale Global Tic Severity Scale; FAS: Family Accommodation Scale.

Lorsqu'un TOC est suspecté, une évaluation clinique compréhensive – incluant des entretiens approfondis avec les parents et, si possible, les professeurs – est nécessaire afin d'évaluer les compulsions, les obsessions et les phénomènes sensoriels. Chez les jeunes enfants, certaines caractéristiques de TOC peuvent apparaître discrètement durant les activités de jeu ou de dessin. Il est capital de faire la différence entre les symptômes obsessionnels compulsifs et les comportements ritualisés normaux de l'enfance, caractéristiques de phases de développement spécifiques, comme les rituels liés au repas ou au coucher. Pour cela, une information précise sur le degré de souffrance, de gêne et le temps passé à pratiquer les rituels devrait fournir suffisamment d'éléments pour décider si un traitement est nécessaire ou non. De plus, il est également important d'évaluer l'insight et la perception des symptômes par la famille, tout comme la manière dont les membres de la famille se comportent avec le patient.

Des échelles d'évaluation sont utiles pour obtenir des informations détaillées sur les symptômes de TOC, les tics, et d'autres aspects importants du diagnostic. Les échelles sont également utilisées pour évaluer le niveau de sévérité de base et pour mesurer de façon plus objective l'amélioration obtenue avec le traitement. Certains de ces instruments sont listés dans le Tableau F.3.3, et étant dans le domaine public, peuvent être obtenus de leurs auteurs sur demande.

FACTEURS ETIOLOGIQUES

Les facteurs de risque de TOC sont résumés dans le Tableau F.3.4 .

Génétiques

Contrairement à ce que l'on a pensé pendant longtemps – à savoir que les TOC étaient essentiellement une maladie due à des facteurs environnementaux – des études de liaison et de ségrégation familiale et sur des jumeaux ont montré que les TOC avaient un caractère familial et que cela est en grande partie dû à des facteurs génétiques, avec une héritabilité allant de 45% à 65% (van Grootheest et al, 2005). Des études de génétique familiale ont montré que plus le début des symptômes de TOC était précoce chez le proband plus le risque était élevé chez les apparentés du premier de gré de développer des symptômes obsessionnels compulsifs, des TOC, des tics ou un syndrome de Gilles de la Tourette (Rosario-Campos et al, 2005). Réciproquement, les études de jumeaux ont montré que les taux de concordance entre les jumeaux monozygotes sont significativement plus élevés qu'entre les jumeaux dizygotes. Etant donné que les taux de concordance ne sont pas de 100%, les études génétiques démontrent aussi que des facteurs non-génétiques sont également importants dans l'étiologie des TOC.

Les études de liaison génétique ont identifié des régions du génome susceptibles de contenir des loci de susceptibilité pour les TOC sur les chromosomes 1q, 3q, 6q, 7p, 9p, 10p et 15q. De nombreuses études de gènes candidats ont été conduites, principalement centrées sur les gènes sérotoninergiques, glutamatergiques et dopaminergiques mais n'ont pas obtenu de résultat concluant jusqu'ici. Parmi tous les polymorphismes qui ont été étudiés, certains résultats significatifs impliquent l'expression glutamatergique et ont été corrélés à des comportements répétitifs chez les humains et chez les rongeurs (Miguel et al, 20005; AACAP, 2012).

Non-génétiques

Chez les sujets prédisposés, des facteurs environnementaux, comme le stress émotionnel et les traumatismes cérébraux peuvent déclencher les TOC. Un poids excessif durant la gestation, un travail prolongé, une naissance prématurée et un ictère ont été associés à la survenue de TOC plus tard au cours de la vie (Vasconcelos et al, 2007).

Infection à Streptocoque β-hémolytique du groupe A (SBHGA)

L'association entre l'infection à SBHGA et le rhumatisme articulaire aigu (une maladie auto-immune systémique déclenchée par l'infection à SBHGA) et le déclenchement ou l'aggravation de TOC ou de tics a suscité un intérêt considérable durant les deux dernières décades. On a fait l'hypothèse que l'infection à SBHGA chez hôte susceptible entraîne la production d'autoanticorps qui réagissent de façon croisée avec les composants cellulaires des ganglions de la base (Mercadante et al, 2005). Cette hypothèse, qui est seulement pour une faible proportion des enfants qui développent des TOC, est étayée par des résultats de neuroimagerie et d'immunologie. Les TOC et d'autres troubles neuropsychiatriques sont plus fréquents chez les apparentés de premier degré de patient ayant été atteint par un rhumatisme articulaire aigu (Hounie et al, 2007).

Accommodation familiale

- Les parents (ou d'autres proches) favorisent ou participent aux symptômes obsessionnels compulsifs de l'enfant
- L'accommodation familiale favorise les symptômes et est associée à de mauvais résultats du traitement
- Les exemples d'accommodation familiale incluent entre autres les parents qui répondent de façon répétitive aux questions de doute ; ceux qui n'interrompent ou ne limitent pas les rituels de lavages chronophages ; ceux qui aident les enfants dans leurs rituels de rangement ou d'accumulation

Tableau F.3.4 Facteurs de risque de TOC

Génétiques	<ul style="list-style-type: none"> • Membres de la famille avec des symptômes obsessionnels compulsifs, des TOC ou des tics • Gènes candidats potentiels : SLC1A1 et SAPAP
Familiaux	<ul style="list-style-type: none"> • Histoire familial de TOC ou de troubles du spectre des TOC (c'est-à-dire tics, trichotillomanie, dysmorphophobie) • Haut niveau d'accommodation familiale aux symptômes obsessionnels
Individuels	<ul style="list-style-type: none"> • Présence de symptômes obsessionnels compulsifs et de TOC • Anomalies neuropsychologiques (déficits cognitifs globaux, rigidité mentale, déficits visuospatiaux, déficits des habiletés motrices) • Comorbidités psychiatriques (ex. syndrome de Gilles de la Tourette)
Environnementaux	<ul style="list-style-type: none"> • Facteurs prénataux, périnataux et postnataux : gain de poids excessif durant la grossesse ; travail prolongé ; prématurité ; ictère, stress émotionnel, traumatisme cérébral, exposition à des substances (alcool, cocaïne, stimulants et hormones) en début de grossesse • Infections streptococciques et rhumatisme articulaire aigu

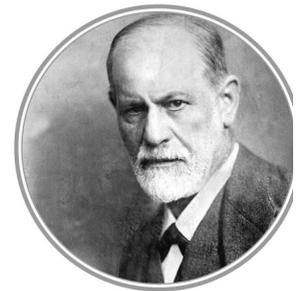
Facteurs familiaux

La famille constitue un autre facteur non génétique important. Les enfants les plus jeunes ont d'avantage tendance à impliquer leurs proches dans leurs rituels, ce qui conduit à un degré d'accommodation familial plus important. Alors que certains tentent d'empêcher leur enfant d'accomplir ses rituels, d'autres « s'y accommodent » voire renforcent les symptômes (Amir et al, 2000; McKay et al, 2006).

Substrats neurobiologiques

Il a été posé comme hypothèse qu'il existait chez les patients souffrant de TOC une dysrégulation au niveau des circuits fronto-orbito-striato-thalamiques. Des études de neuroimagerie fonctionnelles ont montré que le cortex orbitofrontal, le cingulum antérieur et le striatum sont hyperactivés chez les patients atteints de TOC, et que cette activation diminue après traitement (Friedlander et al, 2006; Rotge et al, 2008).

Des tests neuropsychologiques ont retrouvé des déficits de flexibilité mentale, des habiletés motrices, des habiletés visuospatiales et de certains aspects des fonctions exécutives chez les individus souffrant de symptômes obsessionnels compulsifs et de TOC (Mataix-Cols et al, 2008). Certaines de ces déficits ont été retrouvés chez les apparentés du premier degré des patients atteints de TOC (Chamberlain et al, 2005). Il a été suggéré que certains changements neuropsychologiques dans l'enfance, comme des déficits des habiletés visuospatiales, pourraient être marqueur précoce du risque de développer des TOC à l'âge adulte (Grisham et al, 2009).



Freud pensait que les TOC étaient une réponse inadaptée des patients résultant des conflits entre les pulsions sexuelles ou agressives inacceptables et inconscientes du ça et les exigences de la conscience et de la réalité, avec une régression sur des inquiétudes centrées sur le contrôle et sur des modes de pensée caractéristiques du stade sadique anal du développement psychosexuel : ambivalence, entraînant le doute, pensée magique et actions superstitieuses compulsives.

Le système sérotoninergique semble être impliqué dans la physiopathologie des TOC – de nombreux essais ont démontré une diminution des symptômes avec l'utilisation de médicaments sérotoninergiques (Bloch et al, 2006). Des altérations sérotoninergiques périphériques sont fréquemment observées chez les adolescents et les adultes souffrant de TOC (Delorme et al, 2005). Au-delà du système monoaminergique, certaines recherches suggèrent une implication potentielle de l'ocytocine (Leckman & Herman, 2002).

Freud pensait que les TOC étaient une réponse inadaptée des patients résultant des conflits entre les pulsions sexuelles ou agressives inacceptables et inconscientes du ça et les exigences de la conscience et de la réalité, avec une régression sur des inquiétudes centrées sur le contrôle et sur des modes pensée caractéristiques du stade sadique anal du développement psychosexuel : ambivalence, entraînant le doute, pensée magique et actions superstitieuses compulsives.

TRAITEMENT

Avant de débiter le traitement, il est extrêmement important de prendre en considération des points clés comme l'identification correcte des symptômes de TOC les plus gênants, la durée d'évolution des troubles, l'impact sur la vie du patient et les difficultés liées à la famille (Table F.3.5). Une évaluation complète, impliquant à la fois le patient, les membres de sa famille et l'école, est extrêmement importante. Un autre point important est l'évaluation précise des comorbidités qui accompagnent habituellement les TOC. Les comorbidités, si elles ne sont pas évaluées ou détectées, peuvent compliquer le traitement (Rosario et al, 2008).

De façon analogue aux recommandations de traitement chez l'adulte, le traitement des TOC chez l'enfant et l'adolescent repose sur les thérapies cognitive-comportementales (TCC), les médicaments et la psychoéducation. Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les TCC ont tous deux été étudiés et ont montré de façon empirique leur utilité dans le traitement des TOC chez l'enfant et l'adolescent.

Traitement non-pharmacologique

Les TCC sont la seule thérapie psychologique ayant montré son efficacité dans le traitement des TOC de l'enfant (Rosario et al, 2008). Le traitement des TOC pédiatriques devrait de façon recommandée démarrer avec les TCC dans les formes modérées à sévères, ou avec une combinaison TCC et pharmacothérapie dans les cas plus sévères, ou si les TCC ne sont pas disponibles (Abramowitz et al, 2005; O'Connor et al, 2006; Walsh & McDougle, 2011).

L'approche théorique des TOC dans les TCC associe la théorie comportementale à un cadre cognitiviste et a montré une efficacité significative lorsque sont associées exposition, prévention de la réponse, et restructuration cognitive. Une méta-analyse a montré une taille d'effet moyenne des TCC allant jusqu'à 1,45 (intervalle de confiance : 0.68-2.22) malgré l'hétérogénéité de l'échantillon (Watson & Rees, 2008). La restructuration cognitive aide les patients à prendre conscience de l'influence des pensées et des croyances sur les comportements (rituels et évitements), de la relation fonctionnelle entre obsessions et rituels, et des stratégies pour les neutraliser malgré le fait qu'ils soulagent. Les modèles comportementaux utilisent des techniques d'exposition et de prévention de la réponse basées sur la relation entre les obsessions et les compulsions, avec pour

Recommandation de traitement des TOC

NICE: Obsessive compulsive disorder (OCD) and body dysmorphic disorder (BDD) (CG31) (November 2005)

AACAP: Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder (January 2012)

Tableau F.3.5 Points qui doivent être clarifiés durant l'évaluation et avant de débuter le traitement

Age de début	<ul style="list-style-type: none"> Age où les symptômes ont été pour la 1ère fois notés par le patient ou sa famille
Degré de souffrance, gêne et temps passé dans la réalisation des rituels	<ul style="list-style-type: none"> Importance de distinguer les TOC des comportements obsessionnels ou compulsifs transitoires dans le développement normal. Des échelles de cotation peuvent être utiles.
Insight	<ul style="list-style-type: none"> Faible insight fréquent en pédopsychiatrie
Présence de phénomènes sensoriels	<ul style="list-style-type: none"> Besoins prémonitoires mentaux ou physiques surviennent souvent à la place des obsessions.
Attitude de la famille envers la maladie	<ul style="list-style-type: none"> Critique excessive ou haut niveau d'accommodation des symptômes sont associés à un pronostic plus défavorable.
Y-a-t'il des troubles comorbides?	<ul style="list-style-type: none"> Evaluer la présence de troubles comorbides (p.ex. troubles anxieux, troubles de l'humeur, tics, TDAH, mésusage d'alcool ou d'autres substances).
Antécédent de trouble psychiatrique familial	<ul style="list-style-type: none"> Y-a-t'il des membres de la famille souffrant de TOC ou d'autres troubles psychiatriques?

objectif de diminuer l'association et la détresse qu'elles entraînent. Les patients sont exposés aux objets, personnes ou situations qu'ils craignent, et doivent éviter de réaliser la compulsion, afin de diminuer progressivement le niveau d'anxiété (Abramowitz et al, 2005). Les techniques cognitives et comportementales sont complémentaires et l'efficacité de l'une repose sur sa combinaison adaptée avec l'autre (Barret et al, 2008; Williams et al, 2010).

Aspects pratiques dans la pratique des TCC

La plupart des manuels de TCC recommandent douze à vingt cinq séances pour le traitement des TOC. Les manuels suggèrent habituellement que les thérapeutes utilisent la première ou les deux premières séances pour obtenir des informations détaillées sur les symptômes du patient, la façon dont le patient et sa famille les gèrent, l'environnement familial, les performances scolaires et d'autres informations pertinentes sur le fonctionnement du patient. Il faut également insister autant que possible sur la psychoéducation; cela impliquera une information détaillée sur tous sur les aspects de la maladie, ce qui inclue les symptômes cliniques possibles, l'impact des comorbidités, les options thérapeutiques, la durée de la maladie et la durée des traitements, les risques liés aux réactions de la famille et la meilleure façon d'aider un membre de la famille atteint de TOC. Habituellement, une session de TCC de 50 minutes inclue une revue des objectifs, un rappel de la semaine précédente, l'apport d'informations nouvelles, une partie pratique assistée par le thérapeute, les devoirs pour la semaine à venir, et l'évaluation (Steketee, 1999).

Manuels de TCC et livres de conseils destinés aux thérapeutes et aux familles intéressées par ces techniques (AACAP, 2012):

- *Talking Back to OCD: The Program that Helps Kids and Teens Say "No Way" and Parents Say "Way to Go"* by John March
- *Obsessive Compulsive Disorders: A Complete Guide to Getting Well and Staying Well* by Fred Penzell
- *Freeing Your Child from Obsessive Compulsive Disorder* by Tamar Chansky
- *What to do When your Child has Obsessive Compulsive Disorder: Strategies and Solutions*, by Aureen Pinto Wagner



Cliquer sur l'image pour voir une description du programme UCLA de TCC (03:50)

Le succès de la TCC dépend de la compréhension de la maladie et des principes des activités thérapeutiques ainsi que des processus cognitifs impliqués dans le maintien du trouble. Les essais cliniques ont montré que les résultats des TCC étaient meilleurs quand les personnes les plus proches des patients (parents, membres de la famille et enseignants) étaient impliqués dans le traitement (Piacentini & Langley, 2004; Freeman et al, 2008). Les membres de la famille peuvent répondre aux symptômes du patient en favorisant l'évitement, aidant aux comportements ritualisés, voire en participant, par inadvertance, à certains rituels (Calvocoressi et al, 1999; Barret et al, 2004; Freeman et al, 2008) décrits par certains comme des *accommodations familiales* (Calvocoressi et al, 1999). De hauts niveaux d'accommodation familial ont été associés avec un maintien des symptômes et de mauvais résultats (Calvocoressi et al, 1999; Amir et al, 2000). Ainsi, les parents doivent être inclus dans le traitement (Freeman et al, 2008) ; en pratique, les parents deviennent souvent des co-thérapeutes et poursuivent le traitement à la maison.

Traitement pharmacologique

Pour une meilleure efficacité, l'association des TCC avec les médicaments semble être le traitement de référence pour les formes modérées à sévères de TOC (AACAP, 2012). L'Etude Pédiatrique de Traitement des TOC (POTS), une étude sur 5 ans et sur 3 sites construite pour comparer placebo, sertraline, TCC, et l'association TCC et sertraline, a conclu que le traitement combiné (TCC + sertraline) était plus efficace que la TCC ou la sertraline seuls. Les tailles d'effet pour le traitement combiné, la TCC seule ou la sertraline seule étaient de 1.4, 0.97 et 0.67, respectivement (Pediatric OCD Treatment Study, 2004). Les taux de rémission avec les ISRS seuls sont de moins d'un tiers (Pediatric OCD Treatment Study, 2004; Franklin et al, 2011).

Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) constituent la première ligne de médicament dans les TOC de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte (AACAP, 2012). La *Clomipramine*, un agent sérotoninergique

Tableau F.3.6 Médicaments efficaces dans le traitement des troubles obsessionnels compulsifs pédiatriques (adapté de Rosario et al, 2008).

Médicament	Approuvé par la FDA Dans les TOC de l'enfant	Age minimum (FDA)	Dose initiale (mg/jour)	Dose maximale (mg/jour)
Clomipramine	Oui	5	12.5 à 25	300
Fluoxetine	Oui	8	2,5 à 10	80
Sertraline	Oui	6	12,5 à 25	200
Fluvoxamine	Oui	8	12,5 à 50	300
Paroxetine	Oui	8	2,5 à 10	60
Citalopram	Non	N/A	2,5 à 10	60
Escitalopram	Non	N/A	2,5 à 10	30

N/A: non applicable.

tricyclique, fut le premier médicament à prouver son efficacité dans le traitement des TOC. Malgré son efficacité (taille d'effet: 0.85, intervalle de confiance 0.32–1.39) (Watson & Rees, 2008), les effets indésirables – gastrointestinaux, dysautonomiques, hépatiques et, en priorité, des troubles de conduction cardiaque – limitent l'utilisation clinique de la clomipramine, en particulier chez l'enfant et l'adolescent. Ainsi la prescription de la clomipramine nécessite une évaluation électrocardiographique à l'introduction et durant le suivi (Mancuso et al, 2010; AACAP, 2012).

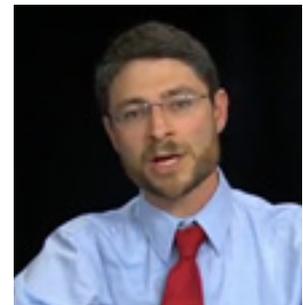
Des essais cliniques bien conçus ont démontré l'efficacité et la sécurité d'utilisation des ISRS fluoxétine, sertraline et fluvoxamine (seuls ou associés aux TCC) chez les enfants et les adolescents atteints de TOC. D'autres ISRS comme la paroxétine, le citalopram et l'escitalopram ont aussi démontré leur efficacité chez l'enfant et l'adolescent souffrant de TOC, bien que la FDA n'ait pas encore autorisé leur utilisation pédiatrique (Rosario et al, 2008; AACAP, 2012). Une méta-analyse de tous les essais randomisés contrôlés publiés chez l'enfant et l'adolescent atteint de TOC a retrouvé une taille d'effet de 0.46 (95% CI 0.37– 0.55) et a montré des différences significatives entre médicament et placebo (Geller et al, 2003).

Le traitement doit être commencé à faible dose pour réduire le risque d'effets indésirables. Le médicament doit être essayé sur une durée de 10 à 16 semaines à dose adéquate (Table F.3.6). La durée optimale de traitement chez les enfants atteints de TOC est inconnue. La plupart des experts suggèrent que le traitement doit être continué au moins 12 mois après résolution ou stabilisation des symptômes, et être ensuite arrêté de façon très progressive (Rosario et al, 2008; Mancuso et al, 2010).

Non-répondeurs

Malgré l'efficacité des ISRS, environ la moitié des patients ne répondent pas ou gardent des symptômes résiduels significatifs, même avec des durées adéquates de traitement et aux doses maximales recommandées ou tolérées. Pour ces patients, des stratégies ont été proposées et sont décrites ci-dessous. Malheureusement, il n'existe pas d'études systématiques comparant le changement de médicament au fait d'ajouter un agent potentialisateur au médicament initial (AACAP, 2012).

- La première stratégie est de *changer pour un autre ISRS*.
- Chez l'adulte répondant partiellement aux ISRS, les *antipsychotiques* (Bloch et al, 2006) et la *clomipramine* (Figuerola et al, 1998) ont été utilisés comme agent potentialisateurs. Des études plus approfondies de ce type de stratégie pharmaceutiques chez l'enfant sont nécessaires. Les antipsychotiques pourraient être indiqués en cas de tics ou de faible insight (Bloch et al, 2006). Les essais cliniques suggèrent que l'halopéridol (Mancuso et al, 2010), la rispéridone (Thomsen, 2004) et la quétiapine (Cohen et al, 2003) peuvent être efficaces. L'olanzapine doit être évitée chez l'enfant à cause de sa sécurité limitée et du risque de syndrome métabolique (Rosario et al, 2008). Les inquiétudes concernant la potentialisation par des neuroleptiques incluent les effets indésirables potentiels tels que la sédation, la dysphorie, le gain de poids et le syndrome extrapyramidal. De nouveaux essais cliniques de potentialisation ont étudié des stimulants, la gabapentine, le sumatriptan, le pindolol, l'inositol, des opiacés, le millepertuis, la N-acétyl cystéine, la mémantine et la riluzole, mais des preuves



Cliquer sur l'image pour entendre le docteur Eli R Lebowitz parler de « la création d'une exposition efficace » dans le traitement des troubles anxieux de l'enfant (14:21)

La mère amena J, 9 ans, parce que son enseignant était inquiet par le fait qu'il passait trop de temps à faire ses exercices à cause de son souci de perfection. De plus, J quittait souvent la classe pour aller se laver les mains. Sa mère avait remarqué la même chose à la maison.

J est né suite à une délivrance longue et a présenté un léger ictère à la naissance. Un syndrome de Gilles de la Tourette a été diagnostiqué chez le père durant son enfance, mais il ne présente plus de symptômes depuis de nombreuses années.

Durant l'entretien d'évaluation, J nous dit qu'il ressent des "démangeaisons" dans les mains, ce qui le force à les laver de façon répétitive. Il dit également que faire ses devoirs lui prend beaucoup de temps car il doit tout écrire et réécrire jusqu'à ce qu'il sente que son écriture est juste comme il faut. J ne s'est pas plaint de ses symptômes et n'a jamais évité de se laver les mains bien qu'il passe 2 heures par jour à le faire. Il ne décrit pas de pensées obsessionnelles. Quand nous lui demandons pourquoi il doit laver ses mains ou réécrire les choses, il dit juste qu'il doit le faire. J n'a jamais eu de tic, par le passé ou aujourd'hui.

Les scores au CYBOCS étaient de 17 (zéro pour les obsessions; 17 pour les compulsions). Sur la dimension symptomatique DYBOCS, les scores étaient de zéro pour l'agression, zéro pour sexualité/religion, zéro pour l'accumulation, 12 pour la symétrie/rangement et 10 pour contamination/nettoyage. Le score total de sévérité était de 12 et celui de gêne de 10, avec un score globale de sévérité DYBOCS à 22 (modérée).

J et sa famille ont été orientés vers un programme de TCC, avec des sessions de 60 minutes, deux fois par semaine. Le thérapeute remarqua que les parents étaient extrêmement inquiets à propos du futur de J et au sujet de savoir s'il réussirait ou pas à l'école. Après 12 séances (six semaines) J montra une amélioration symptomatique mais ses parents restaient très anxieux. Par exemple, alors que J passait moins de temps à faire ses devoirs, sa mère décida de l'aider quotidiennement et faisait presque ses devoirs à sa place. Le thérapeute décida de continuer la TCC mais seulement une fois par semaine et les parents commencèrent à participer aux séances. Après 16 semaines (22 séances) le score CYBOCS avait diminué à 8 et le score global DYBOCS à 11, ce qui signifiait une rémission symptomatique. Les parents étaient également confiants sur les capacités scolaires de J.

Commentaire

Cette vignette est un exemple de patient souffrant de TOC de sévérité modérée avec des thématiques symptomatiques de symétrie/rangement et de lavage/contamination. Les symptômes étaient consommateurs de temps et gênaient les performances scolaires. J avait peu d'insight sur ses symptômes. Même si J ne rapportait pas d'obsession, il présentait des phénomènes sensoriels, à la fois physiques ("démangeaisons") et mentaux (perfectionnisme et sensations du "juste comme il faut"). L'histoire familiale de syndrome de Gilles de la Tourette, le traumatisme à la naissance et l'ictère augmentaient le risque de TOC. Les parents étaient très anxieux et présentaient un score élevé sur l'échelle d'accommodation familiale.

Étant donné que les symptômes étaient modérés et qu'il n'y avait pas de trouble comorbide, la recommandation initiale de traitement était la TCC. Heureusement J pouvait avoir accès à des professionnels formés en TCC et sa famille était d'accord sur ce programme de soin. Comme le TOC passe par des phases d'aggravation et d'atténuation et est potentiellement chronique, une TCC de maintien moins intense doit être recommandée.

supplémentaires sont nécessaires avant de pouvoir recommander leur utilisation en routine (AACAP, 2012).

- Une autre stratégie consiste à vérifier la présence de *troubles comorbides* (comme le TDAH, les tics, la dépression ou les troubles des conduites). La présence de troubles comorbides a été associée à une plus grande sévérité des symptômes, un stress parental augmenté et pourrait entraîner une moins bonne réponse au traitement (Grados et al, 2008; Storch et al, 2008). La présence de ces troubles doit faire envisager leur traitement spécifique par le clinicien (AACAP, 2012).
- L'*association des médicaments* aux TCC doit toujours être envisagée. Franklin et al (2011) ont étudié l'effet possiblement potentialisateur de la TCC sur le traitement antidépresseur chez les enfants qui avaient répondu partiellement aux médicaments. L'étude a inclus 124 participants atteints de TOC, âgés de 7 à 17 ans et randomisés en médicaments seuls (ISRS), *médicaments plus TCC conventionnel* (en plus des visites de gestion des médicaments, un protocole de TCC était mis en œuvre par un psychologue, consistant en 14 sessions d'une heure sur 12 semaines impliquant de la psychoéducation, un entraînement cognitif, la hiérarchisation des situations redoutées depuis la moins jusqu'à la plus anxiogène afin de guider l'exposition au traitement, l'exposition et la prévention de la réponse) ou médicament plus instructions en TCC (un pharmacothérapeute chargé de la gestion du

Tableau F.3.7 Résumé des recommandations pour le traitement des TOC

TYPE	TRAITEMENT RECOMMANDE
Léger (score CYBOCS : 16-19*)	<ul style="list-style-type: none"> TCC seule (seul ou en groupe, au minimum 10 sessions)
Modéré (score CYBOCS : 20-29*)	<ul style="list-style-type: none"> TCC seule ou associée aux ISRS (essai sur au moins 10 semaines)
Sévère (score CYBOCS : 30-40*)	<ul style="list-style-type: none"> CBT+SSRI (essai sur au moins 10 semaines)
Rémission (score CYBOCS total inférieur à 10)	<ul style="list-style-type: none"> TCC de maintenance (sessions de renforcement pendant au minimum 12 mois) Maintien des ISRS à dose optimale pendant au moins 12 mois
Réponse partielle (diminution de 35% à 50% dans les scores CYBOCS après la fin du traitement par ISRS à dose maximale tolérée pendant au moins 10 semaines)	<ul style="list-style-type: none"> Changer pour un autre ISRS Associer à la TCC (si non proposée auparavant) Associer à un antipsychotique atypique (par exemple la rispéridone, la quétiapine, l'aripiprazole ou l'halopéridol) Associer à la clomipramine (surveillance de l'ECG)
Non réponse (moins de 35% de rémission symptomatique)	<ul style="list-style-type: none"> Revoir le diagnostic, les comorbidités, la compliance et l'accommodation familiale Changer pour un autre ISRS Associer à la TCC (si non proposée auparavant) Associer à un antipsychotique atypique (par exemple la rispéridone, la quétiapine, l'aripiprazole ou l'halopéridol) Associer à la clomipramine (surveillance de l'ECG) Traiter conjointement les troubles comorbides

* critères de sévérité de March & Mulle (1998). TCC: thérapie cognitivocomportementale réalisées par un clinicien compétent formé à ce type de traitement sur des sessions Durant au moins 60 minutes; CYBOCS: Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale scores, ISSR: inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine .

traitement fournissait également les instructions des procédures de TCC qui étaient administrés selon le protocole – 7 sessions sur 12 semaines – avec une durée moyenne de 45 minutes ; les instructions incluaient la psychoéducation, l'établissement d'une hiérarchisation simple des symptômes selon leur sévérité, l'exposition associée à des objectifs de prévention de la réponse et l'attribution d'exercices personnels). Deux brefs appels téléphoniques de contrôle étaient également passés afin de fournir des directives concernant la conduite de la TCC au domicile. Après 12 semaines de traitement, le taux de réponse dans le groupe *médicament plus TCC* conventionnelle était de 68.6% contre 34.0%

dans le groupe *médicament plus instruction*, et 30.0% dans le groupe médicament seul. Autrement dit, l'ajout de 14 sessions de TCC, délivrées par un expert, au médicament a entraîné un doublement du taux de réponse tandis qu'un traitement par TCC moins intensif et réalisé par un non expert n'a pas montré de supériorité par rapport au médicament seul (Pediatric OCD Treatment Study, 2004; Franklin et al, 2011).

Au-delà de la recherche de nouvelles stratégies thérapeutiques, l'identification des sujets *à risque* de développer un TOC est nécessaire afin de mettre au point des stratégies préventives. Plusieurs facteurs de risque génétiques, familiaux, individuels et environnementaux ont été décrits (Tableau F.3.4). En dehors des mesures générales de promotion de la santé mentale, il n'existe pas actuellement de programme de prévention ayant démontré leur efficacité.

GROUPES DE SOUTIEN ET ASSOCIATIONS

Lorsque des personnes apprennent qu'un membre de leur famille souffre de TOC, elles peuvent habituellement bénéficier d'un groupe de soutien pour les aider à gérer cette situation. Participer à un groupe de soutien constitue une aide pour gérer le stress lié au fait d'élever un enfant atteint de TOC. Les groupes de soutien, qui sont souvent supervisés par des professionnels en santé mentale, organisent des rencontres régulières et ont pour objectif d'éduquer sur la maladie, d'aider les personnes à reconnaître les symptômes, de réduire les accommodations familiales, et de trouver le bon traitement. Être en contact avec des personnes faisant face aux mêmes problèmes offre une opportunité d'échanger des expériences, de comprendre comment d'autres personnes gèrent les symptômes et d'en apprendre plus sur le trouble. Les groupes de soutien peuvent également être utiles pour les patients, bien que moins fréquemment chez les enfants. Une liste d'associations de patient et de famille dans plusieurs pays est disponible à cette adresse : <http://www.geonius.com/ocd/organizations.html>

REFERENCES

- AACAP (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51:98-113.
- Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ (2005). The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Behavior Therapy*, 36:55-63.
- Alvarenga PG, Hounie AG, Mercadante MT et al (2007). Obsessive compulsive disorder: historical overview. In Storch E, Geffken G, Murphy T (eds) *Handbook of Child and Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Routledge, 1-21.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fourth Edition, Revised. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Amir N, Freshman M, Foa EB (2000). Family distress and involvement in relatives of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Anxiety Disorders*, 14:209-217.
- Barrett PM, Farrell L, Pina AA et al (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37:131-55.
- Bienvenu OJ, Samuels JF, Wuyek LA, Liang KY et al (2012). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder, and what, if any, are spectrum conditions? A family study perspective. *Psychological Medicine*, 42:1-13.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Kelmendi B et al (2006). A systematic review: antipsychotic augmentation with treatment refractory obsessive-compulsive disorder. *Molecular Psychiatry*, 11:795.
- Bloch MH, Landeros-Weisenberger A, Rosario MC et al (2008). Meta-analysis of the symptom structure of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 165:1532-1542.
- Calvocoressi L, Mazure C, Kasl S et al (1999). Family accommodation of obsessive-compulsive symptoms: instrument development and assessment of family behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187:632-642.
- Chamberlain SR, Blackwell AD, Fineberg NA et al (2005). The neuropsychology of obsessive-compulsive disorder: The importance of failures in cognitive and behavioral inhibition as candidate endophenotypic markers. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29:399-419.
- Cohen LS (2003). Quetiapine in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 42:623-624.
- Delorme R, Betancur C, Callebort J et al (2005). Platelet serotonergic markers as endophenotypes for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 30:1539-1547.
- Dell'Osso B, Altamura AC, Mundo E et al (2007). Diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder and related disorders. *International Journal of Clinical Practice*, 61:98-104.
- de Mathis MA, Diniz JB, Shavitt RG et al (2009). Early onset obsessive-compulsive disorder with and without tics. *CNS Spectrums*, 14:362-370.
- de Mathis MA, do Rosario MC, Diniz JB et al (2008). Obsessive-compulsive disorder: influence of age at onset on comorbidity patterns. *European Psychiatry*, 23:187-94.
- Evans DW, Milanak ME, Medeiros B et al (2002). Magical beliefs and rituals in young children. *Child Psychiatry & Human Development*, 33:43-58.
- Figueroa Y, Rosenberg DR, Birmaher B et al (1998). Combination treatment with clomipramine and selective serotonin reuptake inhibitors for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 8:61-67.
- Flament MF, Whitaker A, Rapoport JL et al (1988). Obsessive compulsive disorder in adolescence: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27:764-771.
- Franklin ME, Sapyta J, Freeman JB et al (2011). Cognitive behavior therapy augmentation of pharmacotherapy in pediatric obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study II (POTS II) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 306:1224-1232.
- Freeman JB, Garcia AM, Coyne L et al (2008). Early childhood OCD: preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:593-602.
- Friedlander L, Desrocher M (2006). Neuroimaging studies of obsessive-compulsive disorder in adults and children. *Clinical Psychology Reviews*, 26:32-49.
- Geller D, Biederman J, Jones J et al (1998). Juvenile obsessive compulsive disorder a developmental subtype of the disorder? A review of the pediatric literature. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37:420-427.
- Geller DA (2006). Obsessive-compulsive and spectrum disorders in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 29:352-370.
- Geller DA, Biederman J, Stewart ES et al (2003). Which SSRI? A meta-analysis of pharmacotherapy trials in pediatric obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160:1919-1928.
- Grados M, Riddle MA (2008). Do all obsessive-compulsive disorder subtypes respond to medication? *International Review of Psychiatry*, 20:189-193.

- Grisham JR, Anderson TM, Poulton R et al (2009). Childhood neuropsychological deficits associated with adult obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 195:138-141.
- Heyman I, Fombonne E, Simmons H et al (2003). Prevalence of obsessive compulsive disorder in the British nationwide survey of child mental health. *International Review of Psychiatry*, 15:178-184.
- Hollander E, Greenwald S, Neville D (1998). Uncomplicated and comorbid obsessive-compulsive disorder in an epidemiological sample. *CNS Spectrums*, 3:10-18.
- Hounie AG, Pauls DL, do Rosario-Campos MC et al (2007). Obsessive-compulsive spectrum disorders and rheumatic fever: a family study. *Biological Psychiatry*, 61:266-272.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O et al (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62:593-602.
- Leckman JF, Bloch MH, King RA (2009). Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: a developmental perspective. *Dialogues in Clinical Neurosciences*, 11:21-33.
- Leckman JF, Herman AE (2002). Maternal behavior and developmental psychopathology. *Biological Psychiatry*, 51:27-43.
- Mancuso E, Faro A, Joshi G et al (2010). Treatment of pediatric obsessive-compulsive disorder: a review. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 20:299-308.
- March JS, Mulle K (1998). *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual*. New York: Guilford Press.
- Mataix-Cols D, Nakatani E, Micali N et al (2008). Structure of obsessive-compulsive symptoms in pediatric OCD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:773-778.
- Mataix-Cols D, Rosario-Campos MC, Leckman JF (2005). A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162:228-238.
- McKay D, Piacentini J, Greisberg S et al (2006). The structure of childhood obsessions and compulsions: dimensions in an outpatient sample. *Behavior Research and Therapy*, 44:137-146.
- Mercadante MT, Diniz JB, Hounie AG et al (2005). Obsessive-compulsive spectrum disorders in rheumatic fever patients. *Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences*, 17:544-547.
- Micali N, Heyman I, Perez M et al (2010). Long-term outcomes of obsessive-compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *British Journal of Psychiatry*, 197:128-134.
- Miguel EC, Leckman JF, Rauch S et al (2005). Obsessive-compulsive disorder phenotypes: implications for genetic studies. *Molecular Psychiatry*, 10:258-275.
- O'Connor KP, Aardema F, Robillard S et al (2006). Cognitive behaviour therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113:408-419.
- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 292:1969-1976.
- Piacentini J, Langley AK (2004). Cognitive-behavioral therapy for children who have obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 60:1181-1194.
- Rosario MC, Alvarenga PG, de Mathis A et al (2008). Obsessive-compulsive disorder in childhood. In Banaschewski T, Rohde LA (eds) *Biological Child Psychiatry. Recent Trends and Developments*. Basel: Karger, pp83-95.
- Rosario-Campos MC, Leckman JF, Curi M et al (2005). A family study of early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 136:92-97.
- Rosario-Campos MC, Leckman JF, Mercadante MT et al (2001). Adults with early-onset obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158:1899-1903.
- Rosario-Campos MC, Miguel EC, Quatrano S et al (2006). The Dimensional Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (DY-BOCS): an instrument for assessing obsessive-compulsive symptom dimensions. *Molecular Psychiatry*, 11:495-504.
- Rosario MC, Prado HS, Borcato S et al (2009). Validation of the University of São Paulo Sensory Phenomena Scale: initial psychometric properties. *CNS Spectrums*, 14:315-323.
- Rotge JY, Guehl D, Dilharreguy B et al (2008). Provocation of obsessive-compulsive symptoms: a quantitative voxel-based meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 33:405-412.
- Steketee G (1999). *Overcoming Obsessive-Compulsive Disorder. Best Practices for Therapy*. Canada: Empirically Based Treatment Protocols, Raincoat Books: 9-10.
- Stewart SE, Geller DA, Jenike M et al (2004). Long term outcome of pediatric obsessive compulsive disorder: a meta-analysis and qualitative review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 110:4-13
- Storch EA, Merlo LJ, Larson MJ et al (2008). Impact of comorbidity on cognitive-behavioral therapy response in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47:583-592.
- Swedo SE, Leckman JF, Singer HS (personal communication). Evolving from PITANDS and PANDAS to PANS (pediatric acute-onset neuropsychiatric syndrome)
- Thomsen PH (2004). Risperidone augmentation in the treatment of severe adolescent OCD in SSRI-refractory cases: a case-series. *Annals of Clinical Psychiatry*, 16:201-207.
- Tükel R, Ertekin E, Batmaz S et al (2005). Influence of age of onset on clinical features in obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 21:112-117.

- van Grootheest DS, Cath DC, Beekman AT et al (2005). Twin studies on obsessive-compulsive disorder: a review. *Twin Research and Human Genetics*, 8:450-458.
- Vasconcelos MS, Sampaio AS, Hounie AG et al (2007). Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61:301-307.
- Walitza S, Melfsen S, Jans T et al (2011). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108:173-179.
- Walsh KH, McDougle CJ (2011). Psychotherapy and medication management strategies for obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 7:485-494.
-