

LE TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF CHEZ LES ENFANTS : QUEL EST LE RÔLE DE L'ENSEIGNANT?

par Véronique Dansereau et Geneviève Bouchard

La description et les répercussions du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) chez les adultes sont bien documentées et de plus en plus connues de la population générale. Mais qu'en est-il des enfants qui en sont atteints? Il est fort pertinent de s'interroger sur la façon dont ce problème affecte leur vie scolaire et leurs relations sociales. De plus, une autre question d'envergure mérite d'être posée : Quel est le rôle de l'école et comment peut-on sensibiliser le personnel scolaire au TOC?

Certaines études américaines estiment qu'un enfant sur deux cents présente un TOC. En extrapolant cette donnée à la situation québécoise, il est donc possible de croire qu'un enseignant a de fortes chances de rencontrer, au cours de sa carrière, un élève ayant un tel trouble.

DÉFINITIONS

QU'EST-CE QU'UNE OBSESSION?

La définition clinique du terme obsession réfère spécifiquement à des pensées, des impulsions, des représentations récurrentes ou des images qui sont intrusives pour la personne (Mouren-Siméon, Vila et Véra, 1993).

OBSESSIONS LES PLUS FRÉQUENTES CHEZ LES ENFANTS

- Les deux obsessions les plus courantes chez les enfants sont centrées sur la peur de la **contamination** (40 p. 100) (ex : un enfant accablé par la peur que la poignée de porte de la classe soit infestée de microbes) et la peur d'un **danger pour soi ou autrui** (24 p. 100) (ex : un enfant ayant peur qu'il arrive un malheur à ses parents ou ayant peur d'avoir une maladie).

- Les obsessions d'**ordre** ou de **symétrie** sont observées chez 17 p. 100 des enfants (ex : l'enfant commence ses devoirs seulement lorsque qu'il est certain que chaque objet sur la table est placé dans un ordre précis). Il est aussi intéressant de mentionner que les obsessions portant sur les **nombres** sont particulièrement courantes chez les jeunes garçons (ex : l'enfant compte jusqu'à dix, dix fois de suite, pour éviter un échec scolaire).
- Les **scrupules religieux** et les **thèmes sexuels** sont présents chez 13 p. 100 des enfants (ex : l'enfant a peur d'avoir des pensées immorales offensant Dieu ou il a peur qu'il arrive un malheur à ses parents s'il a des pensées érotiques).

Tiré de Rapoport, 1990, dans Mouren-Siméon, Vila et Véra, 1993

Il est à noter que beaucoup d'enfants tentent d'ignorer ou de supprimer leurs obsessions. La tendance à garder secrets les symptômes est un autre aspect à considérer dans l'évaluation du trouble. Sans intervention, les enfants ont de la difficulté à bloquer leurs pensées intrusives. Certains peuvent tenter d'expliquer leurs obsessions en prétendant qu'une personne (ex : un martien, un personnage fantastique) contrôle leurs pensées ou leur demande de poser certains gestes. Cependant, la plupart des enfants se rendent compte que leurs pensées intrusives viennent de leur propre esprit, qu'elles sont irrationnelles et, pour reprendre des termes d'enfants, qu'elles sont « bêtes » et « stupides » (Clarizio, 1991; March et Leonard, 1996, dans Adams et Burke, 1999).

QU'EST-CE QU'UNE COMPULSION?

Les compulsions sont des comportements répétitifs, ritualisés et réalisés pour neutraliser les obsessions. Elles sont effectuées dans un but précis : diminuer l'inconfort et l'anxiété que provoque l'obsession. Toutefois, le soulagement n'est que temporaire, car le sentiment d'inconfort refait toujours surface et il interfère avec le fonctionnement de l'individu (Ladouceur, Fontaine et Cottraux, 1992).

Les enfants vivent fréquemment plusieurs obsessions et compulsions à la fois. Le contenu spécifique de leurs obsessions tend à changer avec le temps. De façon générale, les compulsions sont en rapport avec les obsessions. Cependant, dans quelques cas, le pairage peut être inexplicable. Par exemple, un élève peut lire et relire une phrase plusieurs fois pour éviter une catastrophe telle la mort de ses parents (Adams et Burke, 1999). Il est à noter que certains enfants ont également des rituels « mentaux ». Il s'agit souvent de prières, de mots ou de poèmes qu'ils répètent à plusieurs reprises.

Comme l'enfant n'est pas toujours en mesure de comprendre son propre comportement, il peut être embarrassé si on lui demande d'expliquer en quoi ses actions répétitives peuvent avoir une influence sur les événements qu'il appréhende (Johnston et March, 1992, dans Adams et Burke, 1999). Il est aussi important de considérer que certains enfants, particulièrement les plus jeunes d'entre eux, sont incapables de verbaliser leurs obsessions. Dans ces cas, les comportements ritualisés et compulsifs sont des indices très importants du trouble obsessionnel-compulsif.

LES COMPULSIONS LES PLUS FRÉQUENTES CHEZ LES ENFANTS

- La compulsion couramment rencontrée chez les enfants (85 p. 100) est le lavage excessif des mains ou du corps.
- Les compulsions de vérification sont aussi souvent observées chez les enfants (46 p. 100) (ex : vérifier sans cesse si les portes et les fenêtres sont bien verrouillées).
- Les compulsions de répétition sont présentes chez 51 p. 100 des enfants. L'enfant doit répéter un certain nombre de fois un comportement ou le faire dans une séquence précise.

- Certains rituels sont plus rares (20 p. 100 et moins), comme la compulsion de toucher un objet spécifique ou de collectionner des choses inutiles ou bizarres.

Tiré de Mouren-Siméon, Vila et Véra, 1993

ÉVOLUTION DU TROUBLE OBSESSIF-COMPULSIF ET TROUBLES ASSOCIÉS

Le TOC apparaît généralement vers l'âge de 5 à 8 ans chez les garçons et majoritairement à l'adolescence chez les filles. L'intensité des symptômes fluctue dans le temps : elle augmente avec le stress et diminue avec l'emploi de stratégies d'autocontrôle (Mouren-Siméon, Vila et Véra, 1993).

Par ailleurs, le trouble obsessionnel-compulsif coexiste fréquemment avec d'autres troubles. Ainsi, chez les enfants ayant un TOC :

- ♦ 10 p. 100 ont un déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité;
- ♦ 11 p. 100 ont un trouble oppositionnel;
- ♦ 12 p. 100 ont le syndrome de Gilles de la Tourette;
- ♦ 24 p. 100 ont un trouble du développement;
- ♦ 40 p. 100 ont d'autres troubles anxieux (phobie, anxiété de séparation).

Tiré de Swedo, Rapoport, Leonard, Lenane et Cheslow, 1989, dans Adams et Burke, 1999

D'autres auteurs rapportent que la survenue d'un épisode dépressif est fréquente chez les enfants ayant un TOC. C'est en effet le cas chez 50 p. 100 des enfants et des adolescents qui consultent pour un TOC et c'est d'ailleurs ce qui précipite souvent la demande de consultation (Mouren-Siméon, Vila et Véra, 1993).

RÉPERCUSSIONS PERSONNELLES, SOCIALES ET SCOLAIRES

RÉPERCUSSIONS PERSONNELLES ET SOCIALES

L'expérience de pensées intrusives crée de l'inconfort, de l'anxiété ou de la peur chez l'enfant en raison du contenu de l'obsession qui est souvent pénible. De plus,

l'enfant est généralement isolé puisqu'il se sent différent de ses camarades qui ne comprennent pas ses rituels couramment jugés bizarres. D'ailleurs, certains enfants connaissent des épisodes dépressifs ou une forme d'épuisement à force de pratiquer sans cesse des rituels. Les comportements ritualisés deviennent parfois tellement envahissants que l'enfant ne parvient pas à accomplir ses activités quotidiennes, à dormir un nombre d'heures acceptable ou à avoir des loisirs et à jouer avec les autres élèves.

Certains enfants ayant un TOC passent entre une et trois heures par jour à effectuer des compulsions. Ils sont donc incapables de prendre du temps pour s'amuser et créer des liens d'amitié à l'école et dans leur quartier (Clarizio, 1991; Purcell, 1999). D'autre part, ces enfants peuvent être irritables, renfermés et non tolérants à la frustration. L'évitement des rapports sociaux est une caractéristique souvent rencontrée. Ces élèves évitent les interactions avec les autres (Moritz, 1998).

RÉPERCUSSIONS SUR LA VIE SCOLAIRE

L'enfant ayant un TOC peut arriver en retard à l'école en raison du temps consacré aux rituels avant le départ de la maison. Bien que les études indiquent que les résultats aux tests d'intelligence de ces enfants se situent généralement dans la moyenne, l'enfant ayant un TOC éprouve souvent des difficultés scolaires, voire des échecs. Ces problèmes ont pour cause sa lenteur dans l'exécution des tâches imposées et son incapacité à terminer les exercices. L'élève vit aussi beaucoup de frustrations et a l'impression de ne pas répondre aux attentes de son enseignant (Clarizio, 1991; Purcell, 1999).

Quand les obsessions prennent la forme d'un doute psychologique, certains signes sont facilement observables en classe. L'enfant s'interrogera avant d'accomplir plusieurs actions ou gestes, ce qui peut l'amener à poser des questions que l'enseignant trouvera saugrenues. Par exemple, le seul fait de se faire demander de

mettre sa chaise sur son pupitre avant de quitter l'école peut susciter chez l'élève toute une série de questionnements et d'inquiétudes quant au risque de la faire tomber (Moritz, 1998).

RÔLE DE L'ENSEIGNANT DANS LE DÉPISTAGE

Les enseignants ont un rôle crucial à jouer dans l'identification des élèves ayant un TOC. Comme ils passent plusieurs heures par jour en compagnie des enfants, ils ont l'occasion d'observer et d'interagir avec eux, ce qui les place dans une position privilégiée. En premier lieu, les enseignants doivent être informés au sujet de ce type de problème. Il est aussi important qu'ils fassent la différence entre un comportement normal et un comportement problématique. Par exemple, un élève qui se lave les mains régulièrement n'est pas nécessairement un enfant ayant un TOC. En fait, les comportements de l'enfant sont associés à un trouble obsessionnel-compulsif s'ils provoquent chez lui de la détresse et engendrent une perte de temps considérable ou interfèrent avec son fonctionnement habituel.

Il faut mentionner qu'un enfant peut avoir un TOC sans que son trouble interfère avec sa performance en classe. Toutefois, il est impossible de contrôler les comportements compulsifs de certains élèves en classe. Dans ces circonstances, le personnel scolaire doit être outillé afin qu'il puisse participer au dépistage du trouble obsessionnel-compulsif (Black, 1999).

COMMENT RECONNAÎTRE UN TOC EN MILIEU SCOLAIRE?

En dépit des différences qu'il peut y avoir entre les comportements de l'enfant à la maison et ceux qu'il a à l'école, certains signes peuvent facilement être identifiables en classe (Adams et Burke, 1999) :

- 1- Les obsessions envahissent l'enfant et réduisent son attention et ses capacités d'écoute en classe. Conséquemment, l'élève demande de répéter les consignes ou ne comprend pas les explications en raison de son manque d'attention.

- 2- L'élève ayant un TOC peut parfois faire des affirmations comme : « Si je touche cet objet, je deviendrai très malade ». Les obsessions à la source de ces commentaires empêchent l'enfant de se concentrer sur sa tâche et sont intrusives au point où l'enfant prend du retard dans le travail qu'il doit accomplir.
- 3- Comme le TOC a des répercussions importantes sur les habiletés d'apprentissage de l'élève, certaines tâches peuvent être plus difficiles pour ce dernier. Il s'agit particulièrement des productions écrites. L'élève peut également vivre de la frustration compte tenu de ses fréquents échecs scolaires et cette frustration est généralement perceptible en classe.
- 4- Les compulsions peuvent être très difficiles à détecter, car l'élève tend à les camoufler. Cependant, certains comportements ritualisés peuvent être détectés en milieu scolaire. En voici quelques-uns :

- Utiliser une pièce de vêtement, un gant, du papier hygiénique ou des mouchoirs pour couvrir ses mains avant de toucher à la poignée de porte.
- Demander très souvent la permission d'aller aux toilettes. Les enseignants peuvent ici porter une attention particulière aux mains gercées et rougies en raison de lavages excessifs.
- Vérifier les portes, les fenêtres, les prises de courant, les ordinateurs, son casier, son pupitre ou son sac à dos d'une manière répétitive et excessive.
- Vérifier à plusieurs reprises ses réponses à des tests écrits. Les parents peuvent rapporter que l'enfant revérifie sans cesse ses devoirs à la maison et prend énormément de temps pour les compléter.
- Effectuer des mouvements répétitifs tels qu'enjamber le seuil de la porte de la classe un nombre précis de fois avant de pouvoir entrer.

- Lire et relire sans cesse les mots, les phrases, les paragraphes ou les pages d'un cahier.
- Écrire puis effacer à répétition les lettres ou les chiffres dans ses cahiers.
- Remplir méticuleusement les cases ou les cercles des questionnaires au point d'être incapable de terminer l'exercice dans le temps alloué.
- Attacher à répétition ses souliers de telle façon que la longueur des lacets de chaque soulier soit parfaitement symétrique.
- Arranger tous les objets sur le pupitre afin qu'il y ait une symétrie parfaite dans la disposition des items.
- Toucher d'une manière répétitive un objet (ex : l'enfant qui touche plusieurs fois un arbre pendant la récréation à l'extérieur).
- Éviter les contacts avec la colle, la pâte à modeler, la peinture, la craie ou les ciseaux par peur de se salir ou de se blesser.
- Poser continuellement des questions pour se faire rassurer.
- Montrer des signes de fatigue (l'élève qui se couche tard après avoir complété l'ensemble de ses rituels).
- Être fréquemment en retard à l'école en raison des rituels matinaux.

Tiré de Adams et Torchia, 1998, dans Adams et Burke, 1999

À partir du moment où l'enseignant croit avoir identifié un élève ayant un trouble obsessionnel-compulsif, il doit le référer au psychologue scolaire ou à l'équipe multidisciplinaire (March et Mulle, 1998).

STRATÉGIES D'INTERVENTION UTILISÉES PAR L'ENSEIGNANT EN CLASSE

Il est intéressant de mentionner que l'implication de l'école semble contribuer à la généralisation des effets des interventions mises en place par le psychologue. En effet, en modifiant ses comportements tant à la maison qu'à l'école, l'enfant parvient plus facilement à mettre en pratique dans divers milieux les techniques qui lui sont enseignées. D'autres études sont d'ailleurs en cours pour déterminer les modalités et l'efficacité d'interventions qui incluent, entre autres, la participation de l'école dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif chez les enfants.

L'enseignant peut agir à titre de partenaire du psychologue scolaire ou de tout autre professionnel intervenant auprès de l'élève ayant un TOC afin de veiller, s'il y a lieu, à la prise d'un médicament et d'informer les parents sur les effets de celui-ci. De plus, l'enseignant peut être appelé à jouer un rôle important en appliquant en classe les techniques comportementales prescrites par le psychologue scolaire, telle la prévention de la réponse. Cette technique vise à mettre un terme au lien entre l'anxiété déclenchée par l'idée obsessionnelle et le rituel accompli par l'enfant. L'élève doit être exposé suffisamment longtemps à la situation anxiogène, sans pouvoir accomplir les rituels mentaux (ex : compter jusqu'à dix, dix fois de suite) ou compulsifs (ex : ordonner les objets sur son pupitre de façon symétrique). En somme, l'enseignant doit veiller à ce que l'enfant n'effectue pas ses rituels (Allen, 1997, dans Adams et Burke, 1999; Purcell, 1999).

D'autre part, l'enseignant peut ajuster de diverses façons son fonctionnement en classe, et ce, dans les limites du possible.

- Au début de l'intervention, il est recommandé de ne pas donner de devoirs à faire à la maison. Il vaut mieux aussi éviter de donner des exercices qui sont longs à compléter, car l'enfant ayant un TOC se sent souvent obligé de remettre un travail parfait et il reprend donc sans cesse la tâche.

- Pour assister et encadrer l'enfant, il peut être utile de signer un contrat dans lequel l'enfant s'engage à effectuer la tâche demandée dans un laps de temps raisonnable et l'enseignant convient des délais acceptés. Une minuterie peut aussi aider l'enfant à planifier correctement son temps (Parker et Stewart, 1994; Purcell, 1999).
- L'enseignant doit être à l'écoute des besoins de l'enfant et de l'expression de ses émotions. Comme l'enfant se sent seul et quelquefois rejeté, le travail en groupe coopératif est une avenue à envisager pour faciliter son intégration, favoriser les échanges avec les pairs, diminuer la compétitivité et réduire la possibilité de réaliser des rituels. L'enseignant doit toutefois veiller à ce que la dynamique des groupes soit positive et que les projets soient bien planifiés (Black, 1999; Parker et Stewart, 1994; Purcell, 1999).
- Étant donné que l'administration de tests standardisés peut désavantager un enfant qui a une plus grande lenteur d'exécution et que les systèmes de notation créent souvent de l'anxiété, il est opportun de laisser un peu plus de temps à cet enfant qu'aux autres ou d'opter pour d'autres formes d'évaluation (ex : le portfolio). Il est aussi recommandé que les examens se fassent oralement ou que les réponses soient enregistrées à l'aide d'un magnétophone. Ce type d'évaluation aide à diminuer l'anxiété de l'élève (March et Mulle, 1998).
- Si les rituels de l'enfant ralentissent le fonctionnement de la classe, Purcell (1999) conseille à l'enseignant de changer d'activité et d'inviter l'enfant à rejoindre le groupe quand il aura terminé. Il est ainsi possible d'éviter d'engendrer une chicane ou de créer un malaise en mettant un terme aux rituels de l'enfant devant toute la classe.

- Une autre stratégie consiste à établir un système de signaux entre l'enfant et l'enseignant. Si l'enfant a besoin d'aide, il peut montrer un carton vert prévu à cet effet. S'il veut tenter de contrôler lui-même son comportement compulsif sans l'aide de l'enseignant, il montre alors un carton rouge. L'idée sous-jacente à cette stratégie est d'amener l'enfant à contrôler lui-même ses pensées obsessives et ses compulsions (Purcell, 1999).
- Considérant que les menaces et les punitions augmentent le niveau de stress de l'élève, il faut éviter d'employer celles-ci pour ne pas augmenter le risque d'attaque de panique et d'anxiété chez l'enfant. Il est important de maintenir un bas niveau de stress en classe. Ainsi, plutôt que de donner des punitions sévères à l'élève pour sa conduite, l'enseignant privilégiera le renforcement des comportements appropriés. Par contre, en tenant compte du fait que certains élèves ayant un TOC ont aussi des problèmes de comportement, il est essentiel que l'enseignant établisse clairement ses règles de fonctionnement, qu'il clarifie les limites de l'enfant et qu'il discute avec lui des conséquences des comportements jugés inacceptables (March et Mulle, 1998).
- L'enseignant doit être attentif aux modifications (positives ou négatives) du comportement de l'enfant. Elles sont souvent dues aux interventions médicales ou comportementales mises en place. Des changements dans l'environnement d'apprentissage peuvent alors s'imposer (March et Mulle, 1998).
- L'enseignant peut établir un carnet de communication avec les parents, de façon à noter les principaux comportements observés au cours d'une journée et à évaluer les progrès réalisés (Dornbush et Pruitt, 1995).
- Finalement, des petites séances de relaxation en groupe peuvent être fort bénéfiques pour l'ensemble du groupe, y compris pour l'enseignant (Parker et Stewart, 1994)!

CONCLUSION

En somme, le TOC a des répercussions importantes sur le fonctionnement de l'enfant et sur son entourage. Toutefois, en faisant les ajustements nécessaires en classe, en sensibilisant le personnel scolaire et en misant sur une collaboration étroite entre l'enseignant, les parents et le psychologue, il est possible de faire une réelle différence dans la vie scolaire des enfants ayant un TOC.

M^{mes} Véronique Dansereau et Geneviève Bouchard sont étudiantes au doctorat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ADAMS, G.B. et R.W. BURKE. « Children and adolescents with obsessive-compulsive disorder : a primer for teachers », *Childhood Education*, automne 1999, p. 2-7.

BLACK, S. « Overcome by fear », *The American School Board Journal*, mars 1999, p. 31-34.

CLARIZIO, H.F. « Obsessive-compulsive disorder : The secretive syndrome », *Psychology in the Schools*, n° 28, 1991, p. 106-115.

DORNBUSH, M. et S.K. PRUITT. *Teaching the tiger : a handbook for individuals involved in the education of students with attention deficit disorder, Tourette syndrome or obsessive-compulsive disorder*, Duarte, éd. Hope Press, 1995.

LADOUCEUR, R., O. FONTAINE et J. COTTRAUX. *Thérapie comportementale et cognitive*, Paris, éd. Masson, 1992.

MARCH, J.S. et K. MULLE. *OCD in children and adolescents : A cognitive behavioral treatment manual*, New York, éd. Guilford Press, 1998.

MORITZ, E.K. *Working with obsessive-compulsive disorder in children*, Washington, éd. Childsworld Childplay, 1998.

MOUREN-SIMÉON, M.-C., G. VILA et L. VÉRA. *Troubles anxieux de l'enfant et de l'adolescent*, Paris, éd. Maloine, 1993.

PARKER, Z. et E. STEWART. « School consultation and the management of obsessive-compulsive personality in the classroom », *Adolescence*, vol. 29, n° 115, 1994, p. 563-574.

PURCELL, J. *Children, adolescents, and obsessive-compulsive disorder in the classroom* (Rapport de recherche), Californie, éd. University of Southern California, Rossier School of Education, 1999.