

Comprendre et traiter
les troubles
obsessionnels
compulsifs

Tout le catalogue sur
www.dunod.com



Anne-Hélène CLAIR
Vincent TRYBOU
Elie HANTOUCHE
Luc MALLET
Margot MORGIÈVE

Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs

Préface de
Christophe Demonfaucon

DUNOD

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du

Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, Paris, 2013
ISBN 978-2-10-058791-9

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2° et 3° a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

Sommaire

<i>LISTE DES AUTEURS</i>	IX
<i>PRÉFACE</i>	XI
<i>INTRODUCTION</i>	1
PREMIÈRE PARTIE	
DES SYMPTÔMES AU FONCTIONNEMENT DU TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF	
1. Clinique du TOC	5
2. Théories psychologiques du TOC	21
3. Apport de la neuropsychologie dans la compréhension du TOC	31
4. Des connaissances anatomo-fonctionnelles aux modèles neurobiologiques du TOC	41
5. Vers une relecture du fonctionnement du TOC	57
<i>CONCLUSION</i>	72

DEUXIÈME PARTIE

TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DU TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

- | | |
|---|----|
| 6. Médicaments pour le TOC | 75 |
| 7. Dans la pratique | 83 |
| 8. Formes particulières et résistantes | 90 |

TROISIÈME PARTIE

THÉRAPIES NEUROCOMPORTEMENTALES DU TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

- | | |
|--|-----|
| 9. Pourquoi une remise en cause des modèles
cognitivo-comportementaux classiques ? | 99 |
| 10. Rappel des techniques TCC dans la prise en charge des TOC | 110 |
| 11. Limites des techniques TCC dans les TOC | 119 |
| 12. Un nouveau modèle explicatif des TOC : le modèle
neurocomportemental | 123 |
| 13. La thérapie neurocomportementale des TOC : présentation
des techniques et processus à l'œuvre | 128 |
| 14. Application des techniques : protocoles d'exercices
par type de TOC | 163 |
| 15. Conseils aux thérapeutes dans le dépistage des résistances
en thérapie | 222 |
| 16. Évaluation préliminaire de l'efficacité de la psychoéducation
dans le cadre d'une psychothérapie du TOC | 249 |

QUATRIÈME PARTIE

L'INFLUENCE DES PROCHES DANS L'ÉVOLUTION DE LA PERSONNE MALADE

- | | |
|---|-----|
| 17. Description du TOC selon les patients et leurs proches | 255 |
|---|-----|

18. Peurs et attentes des patients et des proches	264
19. Décider de se faire soigner	271
20. Guérir !	277

CINQUIÈME PARTIE

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF RÉSISTANT ET PSYCHO-CHIRURGIE

21. La notion de TOC sévère et résistant	293
22. La chirurgie lésionnelle	298
23. La stimulation cérébrale profonde	301
24. Que faire face à un TOC sévère et résistant ?	306
25. 10 questions/réponses sur la stimulation cérébrale profonde dans le TOC	316

<i>ANNEXES</i>	321
----------------	-----

1. Hétéro-questionnaires	323
2. Auto-questionnaires	343
3. Liste des fiches	349
4. Liste des tableaux	351

<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	353
----------------------	-----

<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	372
---------------------------	-----

Liste des auteurs

ANNE-HÉLÈNE CLAIR est psychologue, docteur en neurosciences (Université Pierre et Marie Curie, UPMC), Institut du cerveau et de la moelle épinière (ICM) de la Pitié-Salpêtrière (Paris).

VINCENT TRYBOU est psychologue clinicien, psychothérapeute cognitivo-comportementaliste, Centre des troubles anxieux et de l'humeur (CTAH) à Paris.

ELIE HANTOUCHE est psychiatre, expert des TOC et troubles bipolaires. Ancien attaché de Sainte Anne et la Pitié, il dirige aujourd'hui le Centre des troubles anxieux et de l'humeur (CTAH) à Paris. Il a animé plus de 800 conférences et organisé une trentaine de congrès internationaux.

LUC MALLET est psychiatre, directeur de recherche (Inserm), Institut du cerveau et de la moelle épinière (ICM), hôpital de la Pitié-Salpêtrière, Paris.

MARGOT MORGIEVE est psychologue, docteur en sociologie des sciences (UPMC), Institut du cerveau et de la moelle épinière (ICM) de la Pitié-Salpêtrière (Paris).

Anne Hélène Clair et Vincent Trybou tiennent à remercier tous ceux qui ont contribué à l'élaboration de cet ouvrage, que ce soit par leurs idées, leurs réflexions scientifiques et cliniques, ou tout simplement leur présence dans nos périodes de rédaction, de questionnement et de corrections.

Les auteurs remercient également l'AFTOC et tous les patients qui nous apprennent tellement au quotidien, nous poussent à repenser certains de nos acquis et s'impliquent dans la recherche biomédicale.

Préface

L'ÉNERGIE ET LA PASSION sont les deux mots qui me viennent immédiatement à l'esprit face au travail et à la générosité d'Anne-Hélène Clair et de Vincent Trybou pour comprendre le monde si étrange des manifestations, dans l'ordre de leur hypothèse, compulsives et obsessionnelles ; non seulement le comprendre, mais aussi soigner lorsque les personnes sont confrontées au TOC et se trouvent en souffrance avec cette maladie si invalidante, comme nous pouvons le constater chaque jour à l'AFTOC¹. Anne-Hélène et Vincent sont très complémentaires dans leur approche de chercheur et praticien. Ils nous prouvent que les modèles sont faits pour être bousculés, que l'obsession n'est pas forcément le point central du TOC, mais plutôt son masque, la belle carrosserie pour les cliniciens, riche d'interprétations et de modèles à l'infini, mais qui cache le véritable moteur du trouble selon leur approche. Cela impacte la pratique du thérapeute et la recherche sur le TOC. Les compulsions et les évitements sont ici reconsidérés, et les moyens thérapeutiques révisés en conséquence. Nous savons aujourd'hui que la thérapie comportementale et cognitive doit être améliorée pour être utilisée plus efficacement. Il ne suffit pas d'évaluer une pratique dans les conditions de la recherche pour qu'elle soit efficace sur tous les terrains. Contrainte de temps, de déplacement, de tempérament, de la personnalité du thérapeute et du patient, autant d'éléments qui viennent s'ajouter à des modalités thérapeutiques validées, mais parfois inefficaces dès qu'elles sortent du champ des études cliniques et de leur cadre.

1. Association Française de personnes souffrant de Troubles obsessionnels compulsifs.

Tous les troubles apparentés ou associés sont étudiés pour répondre à la question souvent posée : « s'agit-il bien d'un TOC ? ». Le train de la symptomatologie parfois spectaculaire des compulsions, des évitements et des obsessions, la souffrance engendrée, peuvent cacher d'autres trains autrement redoutables s'ils ne sont pas pris en compte, et amener à des traitements inappropriés.

Obsessions et compulsions, véritable clé de voûte d'une approche clinique fine faite plus précise dans les années d'observation des maladies psychiques traversant tout le XIX^e siècle, jusqu'aux portes de l'avènement de nouvelles classes de médicaments dans les années cinquante, continuent de nourrir l'intérêt de quelques spécialistes chercheurs et praticiens, trop rares de notre point de vue.

Anne-Hélène et Vincent sont de ceux-là et, par leur pratique de terrain, développent des outils de recherche et thérapeutiques au service des patients, de leur famille, de leurs collègues thérapeutes et de la communauté scientifique.

Cet ouvrage ouvre de nouveaux horizons et nous espérons qu'il fera écho au sein de la communauté des professionnels de santé en matière de recherche et soins du trouble obsessionnel compulsif, mais également des personnes atteintes de TOC et leurs proches, tant cet ouvrage offre des parties accessibles à tous.

Christophe Demonfaucon
Président de l'AFTOC¹

1. Coordonnées de l'AFTOC :

12, route de Versailles
78 117 Châteaufort
Tél. 01 39 56 67 22
eode@club-internet.fr
www.aftoc.org

Introduction

LE TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (ou TOC) est une maladie neuropsychiatrique dont la symptomatologie est décrite depuis quelques centaines d'années et plus récemment bordée par les critères diagnostiques du DSM-IV-TR¹. Les professionnels de santé mentale et les neuroscientifiques ont notamment déjà souligné la disparité de ses manifestations cliniques, allant du jeune adolescent qui ne peut s'empêcher de compter les marches d'escalier sous peine de châtement divin, au retraité qui après avoir passé des années à vérifier ses documents de travail, installe un « SAS de décontamination » dans l'entrée de son appartement.

Mais, l'objectif de ce livre n'est pas de donner une énième description du TOC et de ses manifestations cliniques, mais de faire découvrir aux praticiens et patients les données scientifiques et/ou théoriques les plus modernes qui nous permettent aujourd'hui d'appréhender plus efficacement le fonctionnement de ce trouble. Depuis la névrose obsessionnelle décrite par Sigmund Freud au début du XX^e siècle, le développement des techniques neuroscientifiques a permis de proposer d'autres explications du trouble et s'ouvrir vers de nouvelles techniques thérapeutiques.

Le lien entre compréhension de la maladie et soin est souvent à double sens. L'exemple le plus connu est certainement celui des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ou IRS), montrant le rôle de ce neuromodulateur dans la maladie. C'est à partir des données scientifiques que les modèles et pratiques sont revus.

1. 4^e édition révisée du manuel diagnostique et statistique des maladies mentales.

Comprendre, c'est bien. En déduire des applications, c'est mieux ! La troisième partie de ce livre est l'application directe des deux précédentes : comment pouvons-nous utiliser cette littérature scientifique, ces concepts théoriques, et construire des outils thérapeutiques. Comprendre pour le psychiatre/psychologue/psychothérapeute, c'est pouvoir dépister et soigner au mieux la maladie en donnant des moyens et des informations aux patients et à leurs proches. Comprendre pour le patient, c'est être encore plus actif dans son processus de guérison. La psychoéducation est donc la première étape d'une thérapie réussie !

C'est à partir de toutes ces connaissances théoriques et scientifiques, mais aussi après de longs questionnements, discussions et tâtonnements avec les patients que nous pouvons proposer dans cet ouvrage de nouveaux modèles et techniques thérapeutiques.

PARTIE I

Des symptômes au fonctionnement du trouble obsessionnel compulsif

Anne-Hélène Clair

■ Chap. 1	Clinique du TOC	5
■ Chap. 2	Théories psychologiques du TOC	21
■ Chap. 3	Apport de la neuropsychologie dans la compréhension du TOC	31
■ Chap. 4	Des connaissances anatomo-fonctionnelles aux modèles neurobiologiques du TOC	41
■ Chap. 5	Vers une relecture du fonctionnement du TOC	57
	Conclusion	72

LE TOC, ou trouble obsessionnel compulsif, est aujourd'hui reconnu par l'ensemble des professionnels de santé comme étant une maladie à part entière, source de souffrance, de handicap et qui atteint des milliers de personnes. Cette maladie, composée de pensées obsédantes et de comportements compulsifs, est de mieux en mieux diagnostiquée et soignée. Cependant, les mécanismes qui la sous-tendent aussi bien

aux niveaux cognitivo-comportemental que neurobiologique sont encore incertains et font l'objet, depuis de nombreuses années, de recherches en psychologie, psychiatrie et neurosciences.

Depuis les premières descriptions cliniques du TOC, différents modèles ont proposé d'expliquer à la fois l'origine de l'apparition du trouble et son fonctionnement, c'est-à-dire les liens existant entre obsessions et compulsions. Le terme de « folie lucide » (Trélat, 1861) prend alors tout son sens : comment expliquer qu'une personne puisse accomplir volontairement des comportements répétés pendant plusieurs heures tout en les jugeant absurdes ? Au niveau clinique, ces comportements répétés seraient motivés par l'anxiété et/ou la peur que quelque chose de grave n'arrive, la responsabilité en étant attribuée au patient. Mais si l'obsession justifie la compulsion, d'où proviennent les idées obsessionnelles ? Alors que les premiers modèles se sont centrés sur le fonctionnement psychique de l'individu, les hypothèses actuelles impliquent les fonctions cognitives ou la neurobiologie dans la genèse du TOC.

Ce chapitre débute par une description clinique du TOC. Nous présenterons ensuite les premiers modèles explicatifs de la maladie, basés sur l'observation et l'étude de ces manifestations cliniques. Les neurosciences ont permis d'enrichir ces modèles, mais aussi d'en proposer de nouveaux, centrés sur les capacités cognitives du malade et/ou son fonctionnement cérébral. C'est en considérant cette littérature neuroscientifique, précédemment exposée, que nous proposons une critique des modèles étiologiques du TOC pour finalement discuter des mécanismes sous-tendant ce trouble.

Chapitre 1

Clinique du TOC

OBSESSIONS ET COMPULSIONS : DES PREMIÈRES APPROCHES CLINIQUES AUX CRITÈRES DU DSM-IV-TR

► Un peu d'histoire...

Dès le XIX^e siècle existent des descriptions cliniques de personnes atteintes de peur d'avoir commis des actes qui puissent être préjudiciables à quelqu'un, sans le vouloir. Ces pensées sont liées à une forte anxiété qui les conduit à revenir s'assurer plusieurs fois qu'ils n'ont rien fait, à poser de nombreuses questions à l'entourage, à éviter certaines situations qui pourraient aussitôt déclencher ces peurs. D'autres patients ayant la peur incessante d'être sales, de pouvoir attraper des maladies au contact de certains objets vont alors accomplir des séquences de lavage et de soins corporels répétés de façon identique. À cette époque, les médecins qui ont observé ces cas (Esquirol, 1838), insistent sur la notion de critique des symptômes et de préservation des facultés intellectuelles, ce qui a valu le nom de « monomanie raisonnante » à cette maladie¹.

Dans ces cas cliniques, on observe deux grands types de symptômes, qui sont actuellement appelés *obsessions* et *compulsions*. Leur

1. Esquirol (1838), dans son traité *Des maladies mentales*, précise que dans la monomanie raisonnante, « l'intelligence n'est pas essentiellement lésée puisqu'elle assiste aux actes de l'*aliéné*, puisque le malade est toujours prêt à justifier ses sentiments et ses actions ».

association forme aujourd'hui le trouble obsessionnel compulsif (TOC) dont les critères diagnostiques sont définis par le DSM-IV-TR (APA, 2000) dans la catégorie des troubles anxieux (à l'heure actuelle !).

► Données épidémiologiques

Le TOC atteint 2 à 3 % de la population générale, touchant autant d'hommes que de femmes¹ et pouvant se déclarer durant l'enfance ou l'adolescence, aussi bien qu'à l'âge adulte (Karno, 1988). Cette prévalence semble être stable dans le temps et se retrouve dans les différentes populations étudiées (Bebbington, 1998). La présence de TOC indépendamment du milieu culturel, suggère une implication de mécanismes universels, probablement biologiques dans sa genèse et/ou son maintien.

► Les compulsions

Les manifestations les plus visibles du TOC sont ces répétitions de comportements (ou actes mentaux) appartenant souvent au quotidien ou ces séquences d'actions qui doivent être effectuées en nombre ou ordre précis. Ces compulsions peuvent s'exprimer de différentes façons, comme se laver les mains durant 30 minutes, vérifier une dizaine de fois que son réveil est activé, ranger les vêtements de son armoire de façon symétrique et suivant un code de couleur ou répéter des prières. Ces comportements peuvent prendre plusieurs heures dans la journée, se manifester au travail, à la maison, dans la rue. Tout en reconnaissant leur caractère excessif ou ridicule, les compulsions doivent être obligatoirement effectuées, sous peine de voir surgir une très forte anxiété.

► Les obsessions

Les compulsions viseraient généralement à réduire une anxiété importante qui serait générée par des pensées ou images intrusives, angoissantes et répétées nommées obsessions. La particularité de ces obsessions, et ce qui les distingue des pensées délirantes, est la critique qu'en fait le patient et la volonté de les rationaliser. Cependant, certains patients ont une mauvaise conscience de leurs troubles, qu'ils banalisent, leurs obsessions sont alors décrites comme « égосyntoniques ». Les obsessions peuvent être centrées sur des thématiques multiples allant de la peur d'être contaminé à celle de provoquer une catastrophe ou de perdre des objets importants.

1. Contrairement à un grand nombre de troubles anxieux dont la prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes.

● Critères diagnostiques du TOC d'après le DSM-IV-TR

A. Existence soit d'obsessions soit de compulsions définies par :

Obsessions	Compulsions
<p>1. Pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.</p> <p>2. Les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.</p> <p>3. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.</p> <p>4. Le sujet reconnaît que ces pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale (elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas des pensées imposées).</p>	<p>1. Comportements répétitifs (lavage des mains, ordonner, vérifier, etc.) ou actes mentaux (prier, compter, répéter des mots silencieusement, etc.) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.</p> <p>2. Les comportements ou actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés. Cependant, ces comportements ou actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.</p>

B. À un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées (N.B. : ceci ne s'applique pas aux enfants).

C. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

D. Si un autre thème de l'axe I est aussi présent, le thème des obsessions ou compulsions n'est pas limité à ce dernier (par exemple, préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un Trouble des conduites alimentaires ; au fait de s'arracher les cheveux en cas de Trichotillomanie ; inquiétude concernant l'apparence en cas de Peur d'une dysmorphie corporelle ; préoccupation à propos de drogues quand il s'agit d'un Trouble lié à l'utilisation d'une substance ; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'Hypocondrie ; préoccupation à propos de besoins sexuels impulsifs ou de fantasmes en cas de Paraphilie ; ou ruminations de culpabilité quand il s'agit d'un Trouble dépressif majeur).

E. La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance (par exemple : une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ni d'une affection médicale générale.

► Le diagnostic de TOC

Il repose donc principalement sur la présence d'obsessions et de compulsions (au minimum une heure par jour) mais aussi sur la reconnaissance de leur caractère excessif ou déraisonnable (APA, 2000). Ces symptômes ne correspondent pas au comportement normal du patient, c'est-à-dire qu'ils sont reconnus comme absurdes et indésirables (caractère égodystonique du trouble). Pour être considérés comme pathologiques, les symptômes doivent aussi engendrer une souffrance marquée dans la vie de l'individu en altérant sa qualité de vie, ses relations familiales, ou son aptitude au travail, par exemple.

Le Mini International Neuropsychiatric Interview (Sheehan, 1998) est un entretien semi-structuré qui permet d'établir le diagnostic de TOC selon les critères du DSM. Il permet aussi de repérer la présence d'éventuelles comorbidités ou antécédents notamment parmi les troubles de l'humeur ou anxieux.

Déjà, dans les premières descriptions cliniques et considérations théoriques du TOC, Janet (1903) rapprochait ces symptômes des manifestations normales de la pensée et du comportement. Les obsessions ne se distinguaient pas de la pensée normale par leur contenu, mais plus par leur caractère excessivement répété, anxiogène et difficilement contrôlable, donc du handicap qu'elles entraînent. Le TOC peut être plus ou moins invalidant, allant d'une altération légère du fonctionnement de l'individu à une incapacité à effectuer la plupart des actes du quotidien. Le degré de sévérité du TOC peut être aujourd'hui mesuré par différentes échelles se basant sur des données cliniques, la plus utilisée dans la littérature scientifique étant la Y-BOCS (Goodman, 1989). La sévérité du trouble tient généralement compte de la fréquence des obsessions et compulsions, de la gêne et de l'anxiété qu'elles occasionnent, mais aussi des capacités de résistance et de contrôle des symptômes par l'individu.

► Le syndrome obsessionnel compulsif (SOC)

Si le diagnostic de TOC nécessite la présence de symptômes chronophages et/ou d'un retentissement certain sur le fonctionnement du patient, il est très fréquent d'observer des obsessions et compulsions qui ne répondent pas à ces critères. Il existe un continuum allant d'un fonctionnement normal à un envahissement presque total du quotidien, en passant par le syndrome obsessionnel compulsif (SOC) comportant plusieurs symptômes peu invalidants (Degonda, 1993 ; Hantouche, 1995). Le SOC toucherait environ 5-6 % de la population générale et présente

les mêmes caractéristiques et sous-types cliniques que les obsessions et compulsions du TOC (Degonda, 1993). L'évolution temporelle du TOC est très variable allant de la rémission spontanée à la stagnation ou l'évolution vers un TOC.

UNE CLINIQUE COMPOSITE

Les caractéristiques cliniques du TOC sont multiples. C'est ainsi que plusieurs classifications ont été proposées, centrées sur l'âge d'apparition des symptômes (dans la petite enfance ou plus tardivement), la sévérité des obsessions par rapport à celle des compulsions, mais aussi la thématique des symptômes présentés par le patient. Aujourd'hui, l'hétérogénéité clinique du TOC, mise en parallèle des résultats d'études génétiques, neuroscientifiques, psychologiques et épidémiologiques, suggère une approche multidimensionnelle de ce trouble (Mataix-Cols, 2005).

► L'âge d'apparition de la maladie

L'âge d'apparition du TOC est très variable d'un patient à l'autre. Bien que de nombreux patients relatent leurs premiers symptômes obsessionnels compulsifs avant l'adolescence, il n'est pas rare que les premières manifestations n'apparaissent qu'à l'âge adulte. Cette diversité a conduit à une distinction entre TOC d'apparition « précoce » versus « tardive »¹.

Il semblerait que les TOC apparus précocement soient plus sévères et concernent majoritairement les hommes (Tukel, 2005). L'augmentation de la sévérité du TOC chez ces patients semble aussi être plus progressive, comparée aux patients ayant un TOC plus tardif (qui apparaît plus souvent de façon brutale) (Millet, 2004). Différents types de symptômes ont été aussi retrouvés chez ces patients : les patients ayant développé un

1. La frontière entre TOC précoce ou tardif n'est pas très précise aujourd'hui : certaines études considèrent comme « précoce » un TOC apparu avant l'âge de 10 ans, d'autres 15 ou 18 ans (Rosario-Campos, 2001 ; Millet, 2004 ; Sobin, 2000). En plus de cette frontière floue concernant l'âge d'apparition, le type de manifestations prises en compte dans ces études est variable. Certaines études considèrent les premiers symptômes du TOC pour définir la date d'apparition, alors que d'autres tiennent uniquement compte du moment où ces symptômes deviennent handicapants (Jaisooriya, 2003; Fontenelle, 2003). Il convient également de noter que l'âge d'apparition du trouble est aussi très lié à la durée de la maladie, ce qui peut constituer un facteur confondant dans ces études.

TOC précocement souffrent plus de comptage, pensées magiques, répétition de gestes, symétrie que les autres patients (Sobin, 2000). Ces TOC précoces sont généralement plus associés à des tics, alors que les patients ayant des TOC plus tardifs souffrent davantage d'épisodes dépressifs majeurs. Les données concernant les réponses aux traitements et les caractéristiques cérébrales de ces deux groupes sont peu nombreuses et inconsistantes (Lomax, 2009).

► La balance obsessions/compulsions

Une fois le TOC installé, il se compose classiquement d'obsessions et de compulsions ayant un poids relativement égal dans la sévérité de la symptomatologie. Le lavage des mains est souvent associé à la peur de la « saleté », « d'attraper le Sida » ou d'avoir touché des produits « toxiques ». De la même façon, les vérifications semblent être des réponses comportementales à la peur de mettre le feu, d'engendrer un cambriolage ou d'avoir perdu des papiers importants et d'en être responsable. Certaines symptomatologies sont pourtant particulières et composées presque exclusivement d'obsessions ou de compulsions.

L'existence majoritaire d'obsessions en l'absence presque totale de compulsions, ou inversement, est précisée dans les critères diagnostiques du DSM-IV-TR¹. Il est aussi possible de quantifier la sévérité des obsessions et compulsions à l'aide de la Y-BOCS qui prévoit deux sous-scores (obsessions/compulsions). Trois facteurs syndromiques de TOC ont été ainsi mis en évidence selon la part d'obsessions et de compulsions : « compulsif », « obsessionnel » et « mixte » (Hantouche, 2002).

- **Le TOC à dominance compulsive** : composé de symptômes de vérification, de rangement, d'amassage, de comptage et de symétrie, il serait davantage associé à la présence de tics moteurs (Baer, 1994). Chez ces patients, les obsessions sont généralement absentes ou très peu élaborées et les rituels (c'est-à-dire les compulsions) sont effectués en réponse à une anxiété et non à une peur de quelque chose de précis. Les compulsions de symétrie, d'ordre ou d'exactitude en sont l'exemple le plus évident lorsqu'elles ne sont pas sous-tendues par une pensée magique.
- **Le TOC à dominance obsessionnelle** serait davantage composé d'obsessions agressives, de peur de commettre une erreur, d'être

1. « Existence soit d'obsessions, soit de compulsions » (APA, 2000).

scandaleux, des obsessions à thématiques sexuelles ou religieuses. Les patients dits « obsessionnels » sont nommés ainsi car ils n'ont pas ou très peu de rituels moteurs. Ils présentent des rituels moins faciles à mettre en évidence, que l'on peut qualifier de compulsions mentales. Ces compulsions mentales ne sont généralement pas dépistées par les cliniciens, qui classent ces patients, à tort, comme des obsessionnels purs. C'est généralement afin de diminuer l'anxiété générée par les obsessions que les patients effectuent ces rituels mentaux (par exemple, des ruminations incessantes ou des tentatives de réassurances sous formes de questions aux proches ou de consultation d'Internet) (Rachman, 1976).

- **La forme mixte du TOC** est majoritairement composée d'obsessions de contamination avec des rituels de lavage, la sévérité des obsessions étant relativement équivalente à celle des compulsions. Cette forme est la plus classique du trouble, la plus fréquente et la plus aisée à diagnostiquer (Hantouche, 2002). Le patient décrit clairement des idées obsédantes quotidiennes qu'il tente de canaliser par des comportements compulsifs qui sont chronophages. Le handicap causé par la maladie est donc attribué de façon relativement égale aux obsessions et aux compulsions.

► La thématique des symptômes

Le TOC est composé de symptômes dont les thématiques ont une forte variabilité interindividuelle. Certains patients sont uniquement concernés par la peur de la saleté et manifestent des rituels de lavage, d'autres vivent la peur de faire mal à quelqu'un et vérifient sans cesse derrière eux dans la rue. Il est aussi très fréquent d'observer différentes thématiques présentes simultanément chez un même patient¹. Dans ce cas, une thématique est souvent dominante, et constitue la plainte principale du patient, les autres étant de sévérité moindre.

Face à cette diversité des symptômes, les cliniciens ont très vite cherché à distinguer des sous-types cliniques afin de progresser dans la compréhension du trouble, de son étiologie et de ses traitements. Des auto-questionnaires ou des entretiens semi-structurés ont été validés afin de quantifier ou de lister l'ensemble des thématiques des symptômes. L'entretien le plus utilisé aujourd'hui pour identifier les différentes obsessions et compulsions est la check-list de la Y-BOCS (Goodman,

1. Il est aussi très fréquent d'observer des évolutions concernant la thématique des symptômes chez un même sujet au cours de sa maladie.

1989). Cette évaluation semi-structurée comprend une soixantaine de symptômes obsessionnels compulsifs regroupés en huit thématiques d'obsessions et sept de compulsions (cf. annexe). Elle rend compte d'une grande partie des symptômes observés chez ces patients, mais ne permet pas de quantifier l'importance de chaque type de symptômes listés. Des auto-questionnaires comme le Maudsley Obsessionnal Compulsive Inventory (MOCI) (Hodgson, 1977) ou l'inventaire de Padoue (Sanavio, 1988) donnent une appréciation quantitative, mais centrée sur quelques dimensions du TOC seulement.



Figure 1.1. Les différents types de symptômes répertoriés dans la check-list de la Y-BOCS (Goodman, 1989)

Face à cette hétérogénéité, des tentatives de regroupement en « sous-types cliniques » ont été initiées. Les modèles actuels se sont basés sur des techniques d'analyses factorielles ou en cluster des symptômes. Plusieurs distinctions ont été proposées, basées sur des manifestations comportementales (« vérificateurs » versus « laveurs » (Lewis, 1936)) ou des processus mentaux (« évaluation anormale du risque », « doute pathologique » ou « incomplétude » (Rasmussen, 1991)).

Après ces premières considérations théoriques, des études en analyses factorielles ont utilisé des outils psychométriques validés (comme le MOCI ou l'inventaire de Padoue) et ont pu mettre en évidence de deux

à cinq facteurs chez d'importantes populations de patients (Van Oppen, 1995 ; McKay, 2004). L'utilisation de l'inventaire de Padoue (Sanavio, 1988) a notamment permis de distinguer cinq dimensions de symptômes : lavage, vérification, rumination, impulsion et précision (Van Oppen, 1995). Cependant, ces auto-questionnaires ne tiennent pas compte de tous les symptômes cliniques du trouble. Afin de mieux rendre compte de la diversité des symptômes de ces patients, la check-list de la Y-BOCS (Goodman, 1989) a été ensuite utilisée dans différentes études (Denys, 2004 ; Mataix-Cols, 1999).

Selon les études, trois à sept dimensions cliniques distinctes ont été mises en évidence à partir de cette check-list. Les classifications les plus utilisées aujourd'hui sont celles de Leckman qui distingue quatre facteurs : lavage/contamination ; obsessions agressives/vérifications ; accumulation ; symétrie/rangement (Leckman, 1997) ; et de Mataix-Cols qui ajoute la dimension sexuelle/religieuse/rituels mentaux (Mataix-Cols, 1999, 2006) (Figure 1.1).

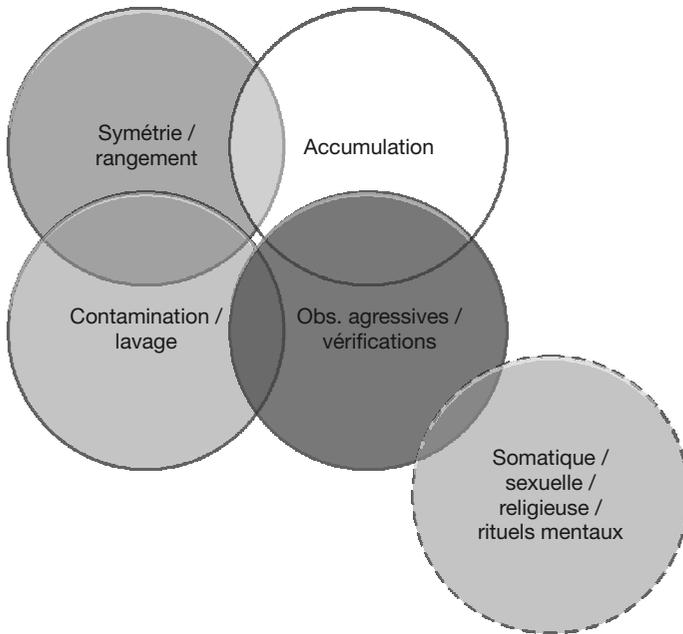


Figure 1.2. Représentation schématique des 4 facteurs de Leckman (1997) et du 5^e facteur isolé par Mataix-Cols (1999, 2006) d'après les principaux symptômes de la check-list de la Y-BOCS

Ces dimensions auraient une pertinence clinique, puisque les patients ayant un score important sur la dimension « accumulation » ont une moins bonne réponse à un traitement sérotoninergique ainsi qu'à une TCC (Mataix-Cols, 1999 ; Abramowitz, 2003 ; Black, 1998). Des processus particuliers du traitement de l'information anxiogène (Frost, 1989 ; Moritz, 2008) et/ou des déficits neuropsychologiques de nature différente (Omori, 2007 ; Nedeljkovic, 2009) ont été aussi retrouvés en fonction du sous-type clinique des patients. Plus récemment, des études en neuro-imagerie ont démontré l'existence de corrélats neuronaux distincts en fonction du type de symptôme provoqué chez des patients atteints de TOC (Mataix-Cols, 2004) ou des dimensions cliniques (van den Heuvel, 2008 ; Gilbert, 2008 ; Phillips, 2004).

COMORBIDITÉS ET DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

Le TOC a une symptomatologie complexe. D'une part, elle est au carrefour entre trouble comportemental, avec des manifestations bien visibles (les compulsions) et cognitivo-émotionnel (les obsessions) qui, en plus, ne sont pas systématiquement associés chez un même patient (présence d'obsessions et/ou compulsions). Par ailleurs, ces troubles peuvent se manifester par une multitude de thématiques, même si les thèmes de contamination/lavage et obsessions agressives/vérifications sont les plus fréquemment observés. Cette diversité clinique, d'âge d'apparition des premiers symptômes, mais aussi le sexe ratio (autant d'hommes que de femmes sont touchés) sont autant de facteurs qui peuvent venir complexifier le diagnostic différentiel du TOC.

Par ailleurs, le TOC est fréquemment associé à d'autres troubles anxieux ou de l'humeur (Hollander, 1996). Cette réalité est importante à prendre en compte dans la pratique clinique et thérapeutique. Il est, par exemple, indispensable de traiter un épisode dépressif majeur avant de proposer des exercices de thérapie cognitive et comportementale à un patient souffrant de TOC : comment être efficace dans la restructuration cognitive et trouver l'énergie nécessaire pour affronter l'exposition alors que l'humeur du patient est dépressive ? À l'inverse, c'est parfois en progressant dans le soin du TOC que l'on voit nettement émerger des symptômes appartenant à un autre trouble anxieux : un patient dont les obsessions et compulsions ont nettement diminué, garde une anxiété invalidante fixée sur des éléments de la vie quotidienne qui permettent de diagnostiquer un TAG (Trouble Anxieux Généralisé).

Enfin, il est important de considérer les comorbidités dans l'influence qu'elles peuvent avoir sur les caractéristiques même du TOC. La présence d'une comorbidité implique souvent un traitement plus lourd, une durée plus importante de la maladie et donc une moindre qualité de vie.

► **Symptômes dépressifs et épisode dépressif majeur**

Comme dans une majorité des pathologies chroniques, qu'elles soient psychiatriques ou non, il est fréquent que des symptômes dépressifs viennent s'ajouter à la souffrance du trouble princeps. Ces éléments dépressifs, qui peuvent se développer jusqu'à atteindre l'épisode dépressif majeur, sont largement entretenus par l'envahissement du TOC des sphères familiale, professionnelle et sociale. La honte, la culpabilité et parfois le sentiment d'échec ou d'impuissance sont autant de ressentis qui vont nourrir l'état dépressif.

Une étude a d'ailleurs démontré que près de 50 % de patients atteints de TOC auraient souffert de dépression majeure ou de dysthymie au cours de leur maladie, ce qui en fait les comorbidités les plus fréquentes (Rasmussen, 1994). Ainsi, les données épidémiologiques mettent en évidence un fort taux de chômage ou d'arrêts maladie, mais aussi davantage de tentatives de suicides chez les patients souffrant de TOC que dans la population générale.

Si les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur sont largement connus par les soignants et recherchés presque systématiquement chez les patients atteints de maladie psychiatrique ou neurologique, une évaluation clinique fine est parfois nécessaire pour distinguer ces symptômes de ceux du TOC. C'est particulièrement le cas des patients atteints de lenteur obsessionnelle, que l'on pourrait aisément confondre avec le ralentissement dépressif. Dans ce cas, il est utile de préciser le moment d'apparition de la lenteur par rapport à celui du TOC et de rechercher d'autres symptômes dépressifs (notamment la tristesse quotidienne et la perte d'intérêt). Les ruminations sont aussi retrouvées dans les deux troubles mais celles des patients dépressifs concernent souvent le passé, des échecs, la dimension anxieuse étant nettement au second plan. La culpabilité est aussi un sentiment partagé par les deux troubles, mais largement critiquée par les patients atteints de TOC (pas du tout ou très peu chez les patients déprimés).

Les symptômes dépressifs sont fréquemment associés au TOC et se posent comme des véritables freins à la diminution du TOC en psychothérapie. Une fois dépistés, ils doivent donc faire l'objet d'un suivi et traitement spécifiques.

► Les troubles bipolaires

Parmi les troubles de l'humeur, les troubles bipolaires touchent environ 10 à 20 % des patients atteints de TOC (Adam, 2010). Cette comorbidité est importante à dépister, tant pour le suivi/traitement médicamenteux que psychothérapeutique.

Chez le patient atteint de TOC et de trouble bipolaire, la sévérité des symptômes obsessionnels compulsifs peut varier en fonction des phases thymiques. Les obsessions et compulsions peuvent être mises au second plan dans une phase (hypo)maniaque alors qu'elles vont avoir tendance à s'accroître dans les phases dépressives.

► Les troubles anxieux

Parmi les personnes atteintes de TOC, plus de 60 % présentent ou ont présenté un trouble également classé dans la catégorie des troubles anxieux (selon les critères du DSM-IV) (Adam, 2010). Les comorbidités les plus fréquemment retrouvées sont les phobies simples (22 %) et la phobie sociale (18 %) (Adam, 2010 ; Rasmussen, 1992).

La distinction entre le TOC et les autres troubles anxieux, notamment les phobies ou le trouble anxieux généralisé (TAG), n'est pas toujours évidente et mérite une investigation clinique fine. Tous ces patients se plaignent d'une anxiété importante, handicapante avec, pour certains d'entre eux, des évitements ou anticipations anxieuses de certaines situations.

L'anxiété des patients atteints de TAG est liée à une multitude d'événements de la vie quotidienne (comme arriver en retard, anticiper des problèmes financiers ou de santé), sans qu'il n'y ait de thématique spécifique, comme dans le TOC. Ces inquiétudes ne sont pas reconnues comme absurdes par le patient atteint de TAG, ce qui n'est pas du tout le cas dans le TOC puisque l'obsession est en désaccord avec les valeurs du patient. D'autre part, la notion de responsabilité dans les situations anxiogènes, très importante dans le TOC (par exemple : « si j'ai laissé une lumière allumée et que le feu se déclenche, ce sera de ma faute »), est rarement présente dans le TAG. Enfin, au niveau comportemental, les compulsions ou rituels mis en place par les patients atteints de TOC face à l'anxiété, ne sont pas retrouvés chez les patients souffrant d'un TAG.

Ainsi, une personne ayant peur d'arriver en retard à son rendez-vous, et pensant à ce qu'elle a à faire dans la journée en se demandant comment elle va pouvoir gérer tout ça, souffre d'un TAG si ces pensées sont quotidiennes, invalidantes et durent depuis plusieurs mois. Par contre,

celle qui va se demander si elle a bien fermé sa porte avant de partir, au point de faire demi-tour pour vérifier plusieurs fois souffre d'un TOC.

Les phobies sont des réactions anxieuses déclenchées lorsque la personne se trouve face à l'objet phobique : « j'ai vu un rat, j'ai eu peur et je me suis enfui ». L'anxiété se porte précisément sur un objet (comme un rat, une araignée) ou une situation (la foule ou le vide par exemple), ce qui n'est généralement pas le cas dans le TOC où l'anxiété est associée à une pensée ou une image (obsession). L'évitement phobique suffit en général à diminuer l'anxiété. L'évitement est aussi retrouvé dans le TOC (« je ne vais pas sortir avec mes amis pour ne pas être en contact avec la saleté »), et généralement lorsque celui-ci est déjà modéré à sévère. Pour bien différencier un évitement s'inscrivant dans une phobie versus un TOC, il faut rechercher les compulsions ayant précédé l'évitement (« je passais trop de temps à me laver en rentrant, donc pour éviter ça, je ne sors plus ») ou concomitantes.

Que ce soit dans le cadre d'une phobie ou d'un TOC, le processus psychothérapeutique passera par une rupture de ces évitements et une exposition aux stimuli anxiogènes.

► Les troubles psychotiques

Parmi les patients atteints de TOC seulement 1 à 2 % répondent aussi aux critères DSM d'un trouble psychotique (de Haan, 2009). Par contre, de 8 à 20 % des patients atteints de schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique souffrent également de TOC (Eisen, 1993 ; Poyurovsky, 2001 ; Tibbo, 2000 ; Ohta, 2003). Il est évident que la prise en charge, tant médicamenteuse que psychothérapeutique, différera en fonction du diagnostic ou de la présence de comorbidité.

Bien que dans la majorité des cas, le diagnostic différentiel soit assez évident, il pose parfois problème chez certains patients (notamment ceux qui ont un insight pauvre ou un faible niveau cognitif). Attention à ne pas se faire prendre facilement dans le piège de la thématique des symptômes : une obsession dont la thématique est inhabituelle ou que le patient a des difficultés à exprimer n'est pas forcément une pensée délirante !

Thématique à part, il faut se recentrer sur les caractéristiques de ces idées et comportements : comment le patient les critique-t-il ? Quelle est sa plainte principale, le motif de sa consultation ? L'adhérence et l'absence de critique des symptômes sont bien sûr en faveur d'un trouble psychotique et engagent vers une évaluation clinique dirigée vers la recherche d'autres symptômes pouvant conforter le diagnostic.

► Les tics

Les tics sont des manifestations motrices et/ou vocales semi-volontaires. Ainsi, le patient sent le tic arriver (sensation prémonitoire), ressent un fort besoin de l'exécuter (parfois décrit comme une tension physique) puis un soulagement une fois le comportement effectué. Il a aussi la possibilité de le retenir un certain temps. La fréquence des tics est soumise à une importante différence inter-individuelle, mais aussi intra-individuelle, dépendante des moments de la journée, des périodes de la vie, du stress, etc.

Classiquement, la comorbidité entre les tics et les TOC est bidirectionnelle et souvent estimée comme importante. Elle varie selon les études entre 20 et 60 % (Swedo, 1989 ; Riddle, 1990 ; Hanna, 1995 ; Coffey, 2000 ; Eichstedt, 2001 ; Ivarsson, 2008 ; Worbe, 2010). Le TOC des patients souffrant également de tics est généralement de nature plus compulsive. Et l'on retrouve plus volontiers l'association entre ces deux troubles chez les enfants et les adolescents.

Le diagnostic différentiel peut parfois être compliqué et fait l'objet de nombreux débats dans la littérature actuelle. Bien sûr, **la présence d'obsession sous-tendant un geste répété élimine le diagnostic de tic en faveur du TOC.**

La distinction devient plus difficile entre les patients qui présentent uniquement des compulsions et ceux qui ont des tics complexes. Certains tics sont en effet composés d'une succession de plusieurs mouvements (tics qualifiés de complexes), comme par exemple le fait de toucher des objets ou des personnes de façon répétée ou de compter des choses. Dans le cas d'un TOC, les mêmes comportements peuvent être observés mais seront alors associés à de l'anxiété (pas forcément élaborée à un niveau d'obsession), ce qui n'est pas le cas du tic. Le geste du TOC soulage l'anxiété, celui du tic une sorte de « tension ».

Faire préciser l'objectif de la réalisation du geste et la sensation qui y est associée est l'élément central permettant de différencier un tic complexe d'une manifestation obsessionnelle compulsive.

► La personnalité obsessionnelle compulsive

La personnalité obsessionnelle compulsive (ou POC) est définie par le DSM-IV-TR comme « un mode général de préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme, le contrôle mental et interpersonnel aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité » (APA, 2000). Elle apparaît généralement au début de l'âge adulte. Les personnes atteintes

de POC sont souvent « rigides », perfectionnistes, ordonnées, parfois très centrées sur la propreté, ont un quotidien ritualisé, des difficultés à déléguer les tâches (« qui seront, de toute façon, moins bien réalisées par un autre que par moi-même »).

Elle se distingue du TOC dans le sens où la personne atteinte de POC n'en souffre pas, trouve ces agissements tout à fait adaptés, normaux et utiles et n'a donc aucune volonté de lutter contre. Elle fonctionne bien de cette façon et ne voit pas l'intérêt d'en changer. Il n'est pas rare que ces personnes souffrent, non pas directement de leur personnalité pathologique, mais des conséquences qu'elle peut avoir dans le domaine familial, personnel ou professionnel.

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, la POC n'est pas fréquemment associée au TOC. La comorbidité du TOC la plus importante parmi les troubles de l'Axe II est la personnalité évitante, qui est retrouvée dans environ 30 % des cas (Summerfeldt, 1998).

Le TOC présente une clinique très hétérogène qui est aujourd'hui relativement bien connue et explorée. Ces connaissances cliniques s'ajoutent aux nombreux outils pertinents à notre disposition pour établir le diagnostic de TOC, mesurer la diversité des thématiques ou la sévérité des symptômes du patient. Pourtant, le fonctionnement de ce trouble est encore mal connu : Comment expliquer la répétition du comportement ? D'où proviennent les rituels et les idées obsessionnelles ?

POUR RÉSUMER

TOC ?

Le trouble obsessionnel compulsif (ou TOC) est une maladie qui touche environ 2-3 % de la population générale et qui, comme son nom l'indique, se compose d'obsessions et de compulsions. Les obsessions correspondent à des pensées, ou parfois des images, qui sont source d'anxiété et qui reviennent sans cesse dans la tête des patients alors qu'ils ne le souhaitent pas (et qu'ils luttent contre !). Les compulsions sont des comportements, ou parfois des actes mentaux (comme compter dans sa tête, se répéter des choses intérieurement, par exemple) que le patient se voit contraint de faire plusieurs fois pour essayer de réduire l'anxiété.

Le TOC est une maladie qui répond à des critères diagnostics précis insistant notamment sur la présence d'obsessions et/ou de compulsions qui prennent plus d'une heure par jour ou entraînant un handicap quotidien.