

Compte rendu de l'ouvrage

Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapies, applications



Par Martine Bouvard

Bouvard, M. (2006). *Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapies, applications*. Paris : Elsevier Masson S.A.S
ISBN : 2-294-08065-3

Recension d'ouvrage réalisée par :

Maude Fréchette, étudiante à la maîtrise en carriérologie, UQÀM

Sous la direction de :

Louis Cournoyer, Ph.D., c.o.
Professeur (counseling de carrière)
Université du Québec à Montréal

Octobre 2013

Vers une compréhension globale du trouble obsessionnel compulsif : l'importance de la dynamique personnelle chez le client vivant avec un TOC.

L'orientation scolaire et professionnelle est aujourd'hui plus que jamais au cœur de notre société. Le champ de compétence élargie au fil des ans nous amène, en tant que professionnel, à travailler en collaboration avec des clients provenant de tous les milieux amenant avec eux jour après jour un bagage unique à considérer. Dans la formation initiale menant au titre de conseiller d'orientation, nous effleurons les différents troubles de la personnalité ainsi que les psychopathologies. Cet ouvrage nous amène à plonger au cœur du fonctionnement de la pensée et des actions d'une personne aux prises avec un trouble obsessionnel compulsif. Le TOC est considéré comme une maladie très gênante et handicapante. Des idées ou images mentales déplaisantes (obsession) apparaissent chez le sujet, par exemple, l'idée d'avoir oublié de barrer la porte. S'ensuit par la suite une pensée dite automatique, par exemple, si on me vole, ce sera entièrement ma faute. Face à cette idée, le sujet vit une angoisse qu'il cherche à atténuer par un comportement (compulsion). Ainsi, le sujet ira vérifier plusieurs fois de suite, ou dans la journée, pour s'assurer que la porte est bien barrée. Cet exemple vulgarise le trouble obsessionnel compulsif et bien que le diagnostic soit lourd à porter, il n'en reste pas moins que bon nombre de personnes vivent activement dans la société. Plusieurs thérapies sont présentées dans cet ouvrage pour améliorer et réduire considérablement les symptômes paralysants du trouble. De plus, un survol des traitements pharmacologiques nous permet de mieux comprendre les mécanismes neurologiques derrière le trouble.

Pour Martine Bouvard, le trouble obsessionnel compulsif est une maladie extrêmement embarrassante où les rémissions subites semblent très rares. Elle insiste sur le fait que les complications du trouble peuvent amener des conséquences très graves chez l'individu telles que la dépression, le suicide, l'alcoolisme, les difficultés conjugales et relationnelles, professionnelles et voir même une incapacité complète à travailler et à vivre en société sans le soutien d'un établissement. Puisque le travail constitue le centre d'activité de notre société capitaliste, savoir reconnaître les traits du trouble obsessionnel et compulsif lors d'un entretien peut amener le client à prendre en charge sa condition afin d'éviter

l'exclusion, l'isolement et l'institutionnalisation. La lecture de ce livre vous permet de comprendre le TOC, mais aussi les méthodes d'interventions qui portent fruit à ce jour. En toute connaissance de cause, il vous sera utile de comprendre les modes de fonctionnement de la personne au pris avec un TOC afin de l'amener à cheminer ou à se maintenir en emploi.

1. Qui est Martine Bouvard ?

Auteure de près d'une centaine de publications; ouvrages individuels, ouvrages collectifs, lettres à l'éditeur, sous presse, depuis 1981, Martine Bouvard est d'abord professeure de psychologie clinique à l'Université de Savoie en France. « Psychologue spécialisée dans les thérapies comportementales et cognitives dans l'unité de traitement de l'anxiété et comme psychologue clinicienne dans une unité d'hospitalisation de l'hôpital Neurologique de Lyon. »¹ En 2008, elle crée la première unité de consultation universitaire. *L'Unité de consultation psychologique spécialisée des troubles émotionnels* a pour but premier d'accueillir les gens au pris avec un ou des troubles émotionnels, et ce, dans l'objectif d'effectuer un bilan psychologique ou encore une thérapie cognitive comportementale. De plus, cette unité permet un accès à des sujets souffrants de différents troubles permettant par conséquent de favoriser la recherche clinique. Le thème de recherche principal de l'auteur repose sur la psychopathologie cognitive et s'intéresse tout particulièrement au trouble obsessionnel compulsif. La recherche menant au livre dont le compte-rendu fait l'objet s'intéresse particulièrement au TOC résistant, tardif ainsi que ceux débutant dans l'enfance.

¹ Centre national de la recherche scientifique, site du Laboratoire de Psychologie et NeuroCognition UMR5105, http://web.upmf-grenoble.fr/lpnc/membre_martine_bouvard, consulté le 23 septembre 2013

3. Compte rendu commenté de l'ouvrage de Martine Bouvard

Écrit par Martine Bouvard avec la collaboration d'Héloïse Dupont, Maud Milliery, François Nef, Pierre Philippot et Françoise Riquier, l'ouvrage de 247 pages contient 10 chapitres en plus d'une annexe. Le premier chapitre offre une explication détaillée des modèles théoriques explicatifs classiques et récents qui regroupent plusieurs modèles qui seront mentionnés plus bas dans ce compte-rendu. Le second chapitre aborde la conceptualisation du cas et le début de la thérapie, les critères diagnostiques du DSM-IV, les diagnostics différentiels, en l'occurrence, le TAG et l'hypocondrie puis les différentes catégories de TOC. Le troisième chapitre traite de la thérapie comportementale et de ses fondements. Le quatrième chapitre amène la thérapie cognitive en cinq étapes. Le cinquième chapitre parle des différents traitements pharmacologiques. Le sixième expose un cas clinique. Le chapitre sept soulève l'existence des groupes de thérapie cognitive et comportementale. Les chapitres huit et neuf décrivent les types de TOC collectionneurs et ruminateurs. Enfin, le dixième et dernier chapitre illustre la démarche diagnostique auprès des patients TOC résistants. S'ensuit à la toute fin une annexe composée du *Manuel du patient* avec des exercices et techniques.

Le chapitre un, écrit par Héloïse Dupont, nous amène vers la compréhension des **Modèles théoriques**. Tout d'abord, l'auteure précise que les manifestations obsessionnelles des TOC se traduisent par la présence de pensées, d'images, d'impulsions à répétition et non désirées. Pour leur part, on appelle compulsion l'action atténuante et bénéfique sur ces pensées. Ainsi, le TOC est soutenu par une conception émotionnelle. Le processus du trouble se traduit comme suit. L'obsession, qui comporte les pensées, idées, images mentales, mène vers une détresse, anxiété, honte ou angoisse. Cette dernière incite aux comportements ou aux pensées répétitives qui soulagent temporairement la détresse. Parmi les modèles explicatifs classiques se trouve le modèle de la *psychasthénie et des obsessions de Janet*. Il est l'un des premiers à décrire le trouble. Selon lui, la psychasthénie se caractérise par un « état psychologique et trait de personnalité particulier, un état de tension psychologique » (H. Dupont, dans M. Bouvard, 2006). Toujours selon Janet, cet état provoque un sentiment d'imperfection, d'incomplet, d'incertitude qui pousse le sujet à

penser ou à commettre certaines choses. Pour sa part, le modèle *psychanalytique de la névrose obsessionnelle et de la notion d'impulsion* de Freud propose une notion de refoulement et d'inconscient. Pour lui, le sujet tente de repousser une représentation insupportable en l'associant à de nouvelles représentations opposées ou anodines. Ainsi, il en découlerait d'un mécanisme de défense émis par le Moi contre les désirs du Surmoi. Par exemple, le caractère compulsif du lavage corporel serait relié à un désir inconscient de souiller (pulsion anale). Les *modèles comportementaux ou explications au maintien des compulsions* sont pour leur part issus de la théorie du conditionnement et de l'apprentissage. En bref, le trouble relie la pensée intrusive à un stimulus environnemental. Les compulsions seraient donc liées à une stratégie d'évitement et de soulagement de l'anxiété liée au stimulus environnemental.

On retrouve aussi les modèles explicatifs récents, dont les modèles cognitifs et biologiques. Le premier basé sur une théorie des schémas de pensées et sur le concept de surestimation du danger. L'idée centrale repose sur le fait que la pensée obsessionnelle est un stimulus interne où l'interprétation négative développe une réponse émotionnelle d'angoisse qui se voit soulagée par un comportement. Par ailleurs, l'aspect neurobiologique apporte son lot d'hypothèses. Enfin, le *modèle intégratif des troubles psychopathologiques : spectre des troubles apparenté au trouble obsessionnel compulsif*, indique selon certains critères, des traits communs apparentés tels que le trouble dysmorphophobique, personnalisation, anorexie mentale, hypocondrie, syndrome Gilles de la Tourette, compulsions, etc. Enfin, bien que plusieurs modèles d'explication existent afin d'expliquer le TOC, tous possèdent des outils qui permettent de mieux comprendre et agir pour venir en aide à la personne. En tant que conseiller et conseillère, la compréhension des divers facteurs à l'origine du TOC nous permettent de mieux cibler le processus mental du client et ainsi d'être plus empathique devant ses barrières.

Le chapitre deux, écrit par M. Bouvard, concerne **la conceptualisation du cas et le début de la thérapie**. Avec la venue de la loi 21, les conseillers et conseillères d'orientation membres de leur ordre pourront poser un diagnostic de santé mentale. Dans le DSM-IV « *le trouble obsessionnel compulsif se définit par la présence d'obsessions et de*

compulsions qui doivent créer une grande détresse(...) » Le DSM-IV considère le TOC comme un trouble anxieux incluant deux types de sujet, ceux qui le reconnaissent et ceux qui ne remettent pas en question leurs pensées ou comportements. On pose un diagnostic de TOC chez les personnes qui présentent un certain nombre de symptômes perdurant sur une période donnée. En d'autres mots, certaines personnes possèdent des traits de personnalités obsessionnels compulsifs, mais la situation ne démontre pas assez de gêne pour en venir à un diagnostic et à un traitement. Aussi, tel que mentionné par l'auteure, « *Il est parfois difficile de faire la différence entre un diagnostic de TOC et un trouble de l'anxiété généralisé.* » (M. Bouvard, 2006) Les idées ruminantes du TAG concernent surtout les activités quotidiennes, finances, santé, avenir. On peut le confondre aussi avec l'hypocondrie qui consiste en « *une préoccupation excessive d'être atteint d'une maladie grave* ». (M. Bouvard, 2006).

On dénombre cinq catégories du TOC. Les sujets ruminateurs ont des pensées obscènes, insensées, des images de violences sexuelles ou répugnantes telles qu'un bébé mort, ou encore se perdent dans des questionnements sans réponse. Les sujets laveurs pour leur part, ont peur d'être contaminés. Cette peur entraîne un évitement des lieux publics et donc un isolement. Les vérificateurs ont peur de commettre une erreur, ils représentent des exemples classiques de la personne qui retourne chez elle plusieurs fois vérifier que le rond de poêle est bien éteint. Les sujets qui recherchent l'ordre, la symétrie, la perfection se distinguent par leur désir que tout soit rangé au pouce carré, ordonné, au point de ne pas pouvoir quitter leur domicile si tout n'est pas parfait. Enfin, les collectionneurs ou accumulateurs peuvent amasser des tonnes d'objets répugnants comme des poubelles ou des journaux, réduisant ainsi l'espace de vie jusqu'à ce qu'il ne représente plus un milieu viable. Il est bien de savoir reconnaître les différents types de TOC. Bien que certains types de TOC occasionnent des comportements indésirables plus discrets, ils n'en constituent pas moins un élément de souffrance chez l'individu envers qui nous avons un devoir.

La thérapie comportementale, troisième chapitre écrit par F. Nef et P. Philippot, explique les trois principes fondamentaux du modèle comportemental. Le premier consiste à exposer le sujet aux stimuli anxiogènes en lien avec l'obsession. Puis, lors des expositions, il est primordial que le sujet ne tente pas d'éviter ou de réduire par un quelconque moyen l'anxiété. Enfin, le patient doit apprivoiser l'anxiété et ses émotions en liens avec les obsessions. Il faut comprendre que la simple exposition au phénomène angoissant ne suffit pas à déconstruire les mécanismes d'évitement et d'apaisement. En effet, il s'agirait plutôt de développer le sentiment d'efficacité personnelle dans sa capacité à gérer sa détresse. L'objectif consiste donc à procurer un sentiment de contrôle et de maîtrise. Il est à noter que «*seuls les traitements combinant l'exposition aux obsessions et la prévention des compulsions sont parvenus à réduire sensiblement les obsessions-compulsions.*» (F. Nef et P. Philippot, 2006) Bien qu'efficace, la thérapie comportementale demeure exigeante pour le patient et exige de lui une pleine implication pour l'obtention des résultats. La motivation au changement doit donc être très forte. Plus loin dans le chapitre, on y démontre comment évolue la thérapie comportementale pas-à-pas, les actions de la thérapeute et celles du client jusqu'à l'obtention d'un résultat.

Le quatrième chapitre, écrit par Mme Bouvard traite de **la thérapie cognitive**. Elle y explique que l'homme est perturbé par l'interprétation qu'il se fait d'un évènement davantage que par l'évènement en soi. En ce qui concerne le TOC, la personne se représente inconsciemment des schémas de danger qui, situés dans la mémoire à long terme, s'activent automatiquement. On parle alors de pensées automatiques. Ainsi, la thérapie cognitive, qui se définit en cinq étapes, souhaite en premier lieu démontrer au patient ses mécanismes de pensées internes afin qu'il puisse en second lieu différencier les pensées intrusives, automatiques et neutralisantes. Ensuite le thérapeute et le client discutent des pensées automatiques afin de les remplacer par une pensée rationnelle. À l'aide de tableaux l'auteure nous amène à comprendre comment le thérapeute s'y prend pour remettre en question les pensées automatiques du client sans imposer son opinion. Par exemple, la technique du double standard consiste, pour le client, à transposer la situation à quelqu'un de son entourage afin de rétablir une perception juste des conséquences possibles

liées aux pensées automatiques. Le calcul des probabilités étape par étape permet aussi de visualiser concrètement le risque que les pensées se produisent réellement. Puis, en cinquième lieu, le thérapeute remet en question les schémas par des expériences comportementales ou encore des tests d'arguments, par exemple dans le premier cas, noter la crainte qu'un proche subisse un accident de voiture et voir si cela s'est réalisé ou non.

On dénombre **six** schémas spécifiques chez les sujets possédant un TOC. La responsabilité; le fait de croire en un pouvoir de prévenir ou provoquer les événements. L'importance excessive de la pensée; implique que le seul fait d'avoir cette pensée indique qu'elle a de l'importance, vouloir à tout prix que cette pensée se réalise. Le besoin de contrôle sur ses pensées; croyance surestimée que le sujet peut et doit contrôler ses pensées, et qu'en cas d'échec, des conséquences négatives s'appliquent. L'estimation de la menace; une exagération du risque ou de la gravité des résultats. L'intolérance à l'incertitude; l'importance d'être certain, croyance de ne pas parvenir à faire face au changement imprévu, incapacité de fonctionner en situation ambiguë. Le perfectionnisme; être convaincu qu'il existe une solution parfaite et que celle-ci demeure nécessaire.

Le cinquième chapitre de F. Riquier concerne les **traitements pharmacologiques** utilisés à ce jour pour les troubles obsessionnels compulsifs en lien avec les différentes hypothèses physiopathologiques. La première hypothèse repose sur la génétique et stipule que de nombreuses recherches ont démontré qu'il y avait une concordance supérieure à 80% chez les jumeaux homozygotes et plus de 50% chez les jumeaux hétérozygotes. D'autres études ont confirmé la composante familiale du TOC et soutiennent l'hypothèse génétique chez le TOC précoce. L'hypothèse infectieuse démontre que chez certains enfants le TOC serait lié à une infection appelée chorée de Sydenham qui résulte d'une complication d'un streptocoque. Celle-ci mène à une comorbidité importante avec troubles neuropsychiatriques (TOC, tics, TDAH). L'hypothèse neurobiologique touche le système sérotoninergique et dopaminergique. Dans le premier cas les inhibiteurs de recapture de la sérotonine (IRS) joue un rôle majeur dans la diminution des symptômes. Le second cas démontre qu'un dysfonctionnement dopaminergique ou la prise de stimulants (amphétamine, cocaïne) augmente les symptômes du TOC. En ce qui concerne le

traitement pharmacologique, il est prouvé que les sujets touchés par le TOC sans vivre de comorbidité de dépression bénéficient tout autant des antidépresseurs pour autant qu'ils contiennent des IRS. Ce traitement est à ce jour le plus privilégié. Parmi les médicaments les plus efficaces, on retrouve le Celexa, l'Anafranil, le Prozac, le Paxil, le Zoloft. Ces médicaments sont tous de la classe des IRS avec inhibiteur de dopamine, en d'autres mots, ils représentent des stabilisateurs de l'humeur avec un effet de diminution de l'anxiété. Bien que nous ne soyons pas médecins, il est fréquent dans notre milieu de travailler avec des gens vivant avec un problème de santé mentale, ainsi, il est intéressant de connaître le rôle des médicaments dans le trouble obsessionnel compulsif. Par exemple, un client chez qui vous observez un changement de comportement pourra l'expliquer par l'arrêt de prise de son Prozac. Ce chapitre nous explique donc comment agit la médication et quels symptômes elle atténue.

Le chapitre 6 écrit par M. Milliere nous présente un **cas clinique** en commençant par l'historique de la maladie, les traitements, les thérapies, les facteurs de maintien, etc. En quelques pages, le chapitre nous permet de reconnaître les éléments lus dans les chapitres précédents de manière concrète.

Le 7^e chapitre de M. Bouvard et M. Milliere, traite de la **thérapie cognitive et comportementale en groupe**. L'objectif premier des groupes de soutien est d'offrir au patient ainsi qu'à leurs proches un milieu d'accès à de l'information sur le TOC ainsi qu'aux différents traitements disponibles. Ces rencontres favorisent l'expression libre des participants et personne n'est tenu de partager s'il n'en ressent pas le besoin ou l'envie. Les groupes de soutien sont d'une durée générale de 5 semaines à raison d'une fois par semaine pendant près d'une heure. On retrouve ensuite des groupes de maintien des gains thérapeutiques où l'on retrouve des patients avec des historiques de maladie très longs. Leur objectif est de pratiquer régulièrement l'EPR. L'EPR est « *la technique dite d'Exposition avec Prévention de la Réponse (EPR). Cette technique consiste à exposer le patient au stimulus ou bien à la situation qu'il redoute, tout en l'encourageant à différer voire à supprimer la réponse ritualisée.* »² Les groupes se rencontrent une fois par mois et les membres s'y présentent à leur guise. Ces groupes favorisent grandement les résultats et

² Annales Médico Psychologiques 162 (2004) 411–417. DOSSIER : LE TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF. B. Millet , N. Jaafari, <http://www.amdpifrance.com/journal/IMG/pdf/TOCmilletjaafari.pdf> , consulté le 17 octobre 2013

ce, à faible coût. Il existe aussi des groupes complémentaires au traitement qui se caractérisent par l'éducation, l'information et le soutien moral aux sujets ainsi qu'à leur conjoint et famille et ce par l'enseignement et les pratiques techniques comportementales. Enfin on retrouve des groupes de traitement qui sont pour leur part spécialisés dans le traitement des TOC par la thérapie cognitive comportementale. Ce traitement groupal est toutefois rare pour le moment, les sujets expérimentant davantage cette thérapie de manière individuelle avec un thérapeute. À la lumière de ce chapitre, nous sommes en mesure de constater qu'il existe plusieurs types de groupe afin d'aider le client à améliorer sa qualité de vie, en incluant ou non la participation de la famille et que ces rencontres sont éprouvées comme étant aussi efficace qu'une thérapie individuelle.

Comme vu dans le premier chapitre, les chapitres 8 et 9 de Martine Bouvard traitent des **types collectionneurs et ruminateurs**. Les collectionneurs sont deux fois plus présents chez l'homme que chez la femme. Les sujets ayant ce type de TOC n'ont pas une bonne réponse au traitement par IRS et les recherches démontrent la pertinence et l'efficacité de la thérapie comportementale pour ces types en particulier. Cependant, ils se retrouvent souvent en thérapie sous la pression de l'entourage et ne reconnaissent pas la problématique ou en minimisent la sévérité. Très attachés à leur possession, bien qu'ils soient en mesure de reconnaître l'excessivité de leur accumulation, ils ne parviennent pas à les remettre en question avec les techniques classiques vues au début de ce compte rendu. On retrouve le plus souvent l'accumulation de journaux ou papiers contenant de l'information, facture, relevé bancaire, note, liste ou encore nourriture, vêtement, etc. Le chapitre offre une description clinique de ce type de TOC. L'un des traits du comportement de l'accumulateur consiste en l'attachement émotionnel à l'excès envers les objets, en d'autres mots, pour l'individu tout objet a une valeur sentimentale en parallèle à un individu qui n'a pas de TOC et qui porterait par exemple un attachement émotionnel pour l'objet appartenant à une personne chère qui serait décédée. On retrouve aussi des pièces excessivement remplies empêchant ainsi l'exécution d'activité prévue dans cet espace. Ce comportement serait lié, selon le modèle de Frost et Hartl, à quatre composantes déficitaires. La première serait liée au déficit dans le traitement de l'information, par exemple en surestimant la gravité des

conséquences d'un objet qui serait jeté. Ou encore, qu'un objet peut acquérir de la valeur avec le temps. Dans un contexte de collection extrême, chaque objet devient irremplaçable de par son unicité. Le fait de penser à toutes les conséquences que le sujet peut encourir à jeter un objet devient tellement interminable qu'il apparaît beaucoup plus simple de garder cette chose. L'attachement excessif aux biens s'explique pour sa part par le fait que chaque bout de papier représente une partie de l'identité du sujet. S'en débarrasser résulte donc à se dégager d'une partie de lui-même, en d'autres mots, leurs possessions deviennent des extensions d'eux-mêmes, ce qui explique l'aspect sécurisant de l'accumulation. La croyance dysfonctionnelle concernant la possession est pour sa part liée à la perfection, donc à l'impossibilité de jeter quelque chose par erreur, ou encore concernant la responsabilité, l'individu, en protégeant à outrance ses possessions, se protège lui-même. Enfin, l'évitement se traduit par le fait de ne pas prendre de décision face à l'objet.

En ce qui concerne les ruminateurs chez qui les pensées intrusives se présentent avec des sujets tels que : sexualité, contamination, santé, perte de contrôle, accidents, paroles blessantes, expériences humiliantes, etc., les techniques cognitives utilisent l'exposition avec prévention de la réponse afin d'empêcher par le patient la neutralisation des idées obsédantes par un comportement x. Dans les deux cas, le client qui consulte un conseiller d'orientation ne démontrera pas par des actions évidentes son problème obsessionnel, il n'en demeure pas moins qu'au fil des entretiens, en sachant repérer dans le discours ou dans les gestes du client, nous pouvons amener le client à discuter de nos observations et de s'assurer qu'il y a un suivi adapté à sa condition.

Le dixième et dernier chapitre écrit par M. Bouvard et M. Millery traite des **TOC résistants**. Les chapitres précédant ont démontré que la prise d'IRS contribue fortement à la diminution ou neutralisation des symptômes de la plupart des TOC. Cependant il reste des individus pour qui ni la prise d'IRS ni la thérapie cognitive et comportementale n'obtiennent les effets désirés. On parle alors de TOC résistant. Dans ce cas, les auteurs se penchent en premier lieu sur les diagnostics différentiels. S'agit-il de conditions métaboliques ou encore toxiques? Il existe aussi un lien étroit entre le TOC, le tic et le

syndrome Gilles de la Tourette. On peut aussi retrouver les tocs dans la démence, par exemple, établir des listes de choses à accomplir de manière excessive dans les débuts de la démence. La mutilation ou automutilation se retrouve chez des personnes vivant avec un retard mental, mais ne présentant pas de TOC. Il faut aussi considérer les comorbidités. Par exemple, un patient avec un trouble dépressif en plus du TOC trouvera très peu de résultats positifs lors de la thérapie cognitive et comportementale. Ou encore TOC et état de stress post-traumatique, ainsi des évènements traumatisants (viol, accident de voiture, guerre, etc.) peuvent déclencher aussi un TOC. De plus, au moins 30% des individus vivant avec un TOC présentent un trouble de la personnalité dont : personnalité évitante, dépendante, histrionique, schizotypique et obsessionnelle compulsive. Enfin il faut se souvenir que les troubles de la personnalité sont en soi un facteur de résistance aux traitements.

4. Pertinence pratique

L'ouvrage de Martine Bouvard est un outil pratique pour tout professionnel travaillant avec une clientèle présentant un ou des problèmes de santé mentale. En effet, le milieu de l'orientation scolaire et professionnelle n'est pas exclu de cette clientèle. Puisque le client présente une réalité, il est de notre devoir de comprendre cette réalité et de travailler en fonction de celle-ci pour le client. Bien que nous ne soyons pas psychiatres, il est plus qu'utile de savoir reconnaître les traits et comportements d'une personne présentant un trouble obsessionnel compulsif. En effet, cette dimension de l'individu est fortement à considérer dans un choix de carrière ou de formation. Le conseiller d'orientation n'aura pas à faire avec le client de la thérapie cognitive et comportementale bien qu'une formation en psychothérapie pourrait l'amener vers cet exercice. Il n'en demeure pas moins qu'une bonne connaissance des troubles obsessionnels et compulsifs permet de faire avancer le client vers un objectif réaliste en lui apportant des stratégies d'intervention appropriées à son fonctionnement. Le livre inclut en annexe un manuel du patient qui permet au client de mieux reconnaître les TOC à l'aide d'exercices et d'observations. Cette partie du livre peut s'avérer fort utile pour un premier regard par le client sur sa problématique. Par contre, puisque le livre est écrit par une auteure française, les références pour le patient sont européennes, il est donc pertinent de trouver les ressources dans la région de pratique. De

plus, le conseiller d'orientation travaille régulièrement avec des gens présentant des pensées erronées, des croyances irrationnelles, des idées préconçues, etc. Ainsi, on retirera des outils afin d'amener les clients à reconnaître ces pensées et à déconstruire les schémas qui leur sont reliés. En effet, le chapitre sur la thérapie cognitive est fort intéressant et applicable à d'autres sujets en ce qui concerne le processus de la pensée intrusive, automatique et neutralisante. Par exemple, face à un projet de retour aux études, le client a une idée pénible qu'il sera rejeté par ses collègues. La pensée automatique reliée se traduit par l'idée qu'il souffrira et regrettera de s'être inscrit. Ainsi, il aura une pensée neutralisante qui pourrait se traduire par penser rapidement au fait que l'école ne l'intéresse pas du tout. En écoutant le premier niveau du client, nous comprendrons que l'école ne l'intéresse pas, alors que derrière se cache une pensée intrusive. Enfin, l'ouvrage de M. Bouvard nous amène à voir au-delà des mots, ce qui reste indispensable dans notre profession.

Bibliographie

Bouvard, M. (2006). *Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapies, applications*. Paris : Elsevier Masson S.A.S ISBN : 2-294-08065-3

Annales Médico Psychologiques 162 (2004) 411–417. DOSSIER : le trouble obsessionnel compulsif. B.Millet, N.Jaafari, <http://www.amdpifrance.com/journal/IMG/pdf/TOCmilletjaafari.pdf> consulté le 17 octobre 2013

Centre national de la recherche scientifique, site du Laboratoire de Psychologie et NeuroCognition UMR5105, http://web.upmf-grenoble.fr/lpnc/membre_martine_bouvard, consulté le 23 septembre 2013