

**TROUBLE
OBSESSIONNEL-COMPULSIF :
CLINIQUE ET TRAITEMENT**

**Docteur Christophe ANDRÉ
Service Hospitalo-Universitaire
Centre Hospitalier Sainte-Anne,
Paris**

I - CLINIQUE DU TOC

CRITÈRES SIMPLIFIÉS DU DSM-IV POUR LE TOC

- A) Existence d'obsessions et/ou de compulsions.**
- B) Le sujet en reconnaît le caractère excessif ou irraisonné (mais pas toujours).**
- C) Sentiments de détresse, perte de temps (plus d'une heure par jour), perturbation de l'insertion socio-professionnelle.**

OBSESSIONS (DSM-IV)

- 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**
- 2) ces obsessions ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle**
- 3) le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces obsessions, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions**
- 4) le sujet reconnaît que ces obsessions viennent de sa propre activité mentale**

COMPULSIONS (DSM-IV)

- 1) comportements répétitifs (*lavage des mains, ordonner, vérifier...*) ou actes mentaux (*prier, compter, répéter intérieurement...*) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible
- 2) les compulsions sont destinées à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutés.
- 3) mais ces compulsions sont soit sans relation réaliste avec ce qu'elles se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessives.

LA CLINIQUE DU TOC

4 formes d'obsessions	3 types de rituels
1. Souillure	1. Lavage
2. Erreur, désordre, et asymétrie	2. Vérification, symétrie et rangement
3. Superstition et malheur	3. Rituels mentaux et arithmomanie
4. Agressives et sexuelles	
- 70% des patients sont mixtes (Eisen, 2002) - Forme de « passage » usuelles	

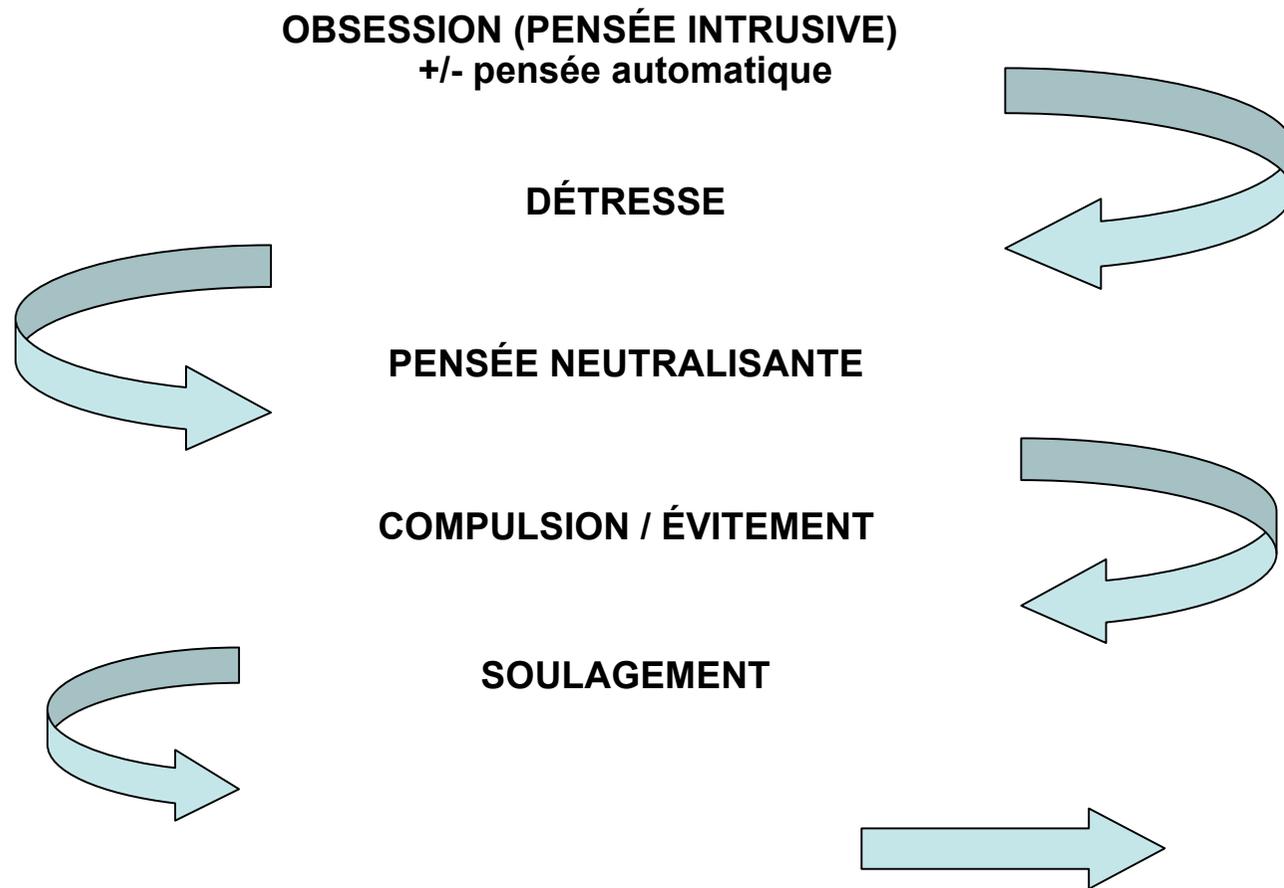
PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE (DSM-IV)

Mode général de préoccupation par l'ordre, le perfectionnisme, le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens de la souplesse, de l'ouverture, de l'efficacité...

4/8 :

- 1) préoccupé par les détails, les règles, les plans**
- 2) perfectionnisme gênant**
- 3) dévotion excessive au travail et à la productivité**
- 4) trop consciencieux, scrupuleux et rigide sur les questions de morale, d'éthique ou de valeurs**
- 5) incapable de jeter des objets usés ou sans utilité, même s'ils n'ont pas de valeur sentimentale**
- 6) réticent à déléguer ou à travailler avec autrui, sauf si les autres se soumettent à son style**
- 7) avare pour lui-même et les autres ; thésaurise en vue d'éventuelles catastrophes futures**
- 8) rigide et têtu**

MÉCANISMES COMPORTEMENTAUX ET COGNITIFS DU TOC



MODÈLE COGNITIF DU TOC

- **Penser à quelque chose revient à l'accomplir**
- **Le risque ou la responsabilité ne sont pas atténués par la faible probabilité de survenue des événements**
- **Ne pas neutraliser une pensée revient à faciliter la survenue des comportements ou des événements qui en découlent**
- **On peut et on doit exercer un contrôle sur chacune de ses pensées**

(Salkovskis, 1985)

TOC : PROBLÈMES POSÉS AUX PATIENTS

- **Détresse émotionnelle (anxiété, culpabilité)**
- **Sentiments de honte et d'anormalité**
- **Évitements**
- **Perte de temps**
- **Handicap social**
- **Souffrance des proches**
- **Fatigue et épuisement**
- **Dissimulations et complications**

FAMILLE ET TOC

88% des familles impliquées

Deux types d'implication familiale :

- **participation directe (rassurer, aider à l'accomplissement des rituels, ritualiser...)**
- **modification des habitudes familiales(abandonner certaines activités, ne plus sortir, changer les horaires de travail...)**

Raisons avancées :

- **ne pas augmenter l'angoisse du sujet TOC (53% des cas)**
- **ne pas s'exposer à la colère ou à des représailles (50% des cas)**

(Calvocoressi, 1995)

TOC : CINQ QUESTIONS À POSER POUR LE DÉPISTAGE

- 1) Au cours de vos journées, passez-vous beaucoup de temps à vous laver ?**
- 2) Au cours de vos journées, passez-vous beaucoup de temps à refaire ou vérifier les choses ?**
- 3) Au cours de vos journées, y a-t-il souvent des pensées gênantes que vous n'arrivez pas à chasser de votre esprit ?**
- 4) Est-ce que vous mettez beaucoup de temps à terminer vos activités quotidiennes ?**
- 5) Avez-vous un important besoin de voir ou de mettre les choses dans l'ordre ou de façon symétrique ?**

II - DONNÉES SCIENTIFIQUES SUR LE TOC

FRÉQUENCE

- **2% de la population adulte**
(Robins, 1984; Narrow & al, 2002)
- **4ème pathologie psychiatrique la plus fréquente**
- **autant d'hommes que de femmes**
- **trouble universel**

ÉVOLUTION DU TOC

- **âge de début en moyenne à 12 ans**
(Riddle et al, 1990)
- **60% des TOC apparaissent avant 25 ans**
- **Début habituellement progressif**
- **Évolution chronique dans 80% des cas (aggravations par stress...)**
- **Altération progressive (15% des cas)**
- **Évolution phasique avec rémissions (5% des cas)**

Difficultés diagnostiques chez les enfants

- **difficultés à verbaliser les obsessions chez l'enfant de moins de 7 ans**
- **egodystonie progressive vers 8 ans**
- **culpabilité, honte et dissimulation**

découverte le plus souvent par les parents

COMORBIDITÉ

**2/3 des patients souffrant de TOC ont un
autre trouble psychiatrique**

(Robins & al, 1984)

COMPLICATIONS

50% des patients font un épisode dépressif
(Eisen & al, 1997, Okasha & al, 2000)

Les arguments génétiques

- **60% des jumeaux homozygotes de TOC ont un TOC (Rasmussen & al, 1986)**
- **Les parents du premier degré ont un risque multiplié par 5 (Nestadt & al, 2000)**

 **Sans application thérapeutique**

Les arguments neurochimiques

- **Efficacité exceptionnelle des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine :
« médicaments anti-obsessionnels »**



traitement médicamenteux « quasi-spécifique »

Les arguments neuroanatomiques

- ❑ Images métaboliques anormales en PET-Scan au niveau du noyau caudé et du cortex cingulaire
(Cottraux & al, 1996 ; Saxena & al, 2002)**
- ❑ Normalisation des anomalies métaboliques cérébrales par thérapie comportementale ou par fluoxétine
(Baxter & al, 1992)**

Les arguments neuroanatomiques

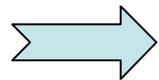
- **Efficacité de techniques neurochirurgicales lésionnelles (Dougherty & al, 2002; Jenike & al, 1998) :**
 - 1. capsulotomie**
 - 2. cingulotomie**
 - 3. tractotomie sous caudée**



stimulation cérébrale profonde ?

Les arguments immunologiques

- **Suite à une infection à streptocoque β hémolytique : le PANDA (Swedo & al, 1998)**
- **anticorps anti-streptocoques et altérations structurelles des ganglions de la base dans le TOC (Peterson & al, 2000)**



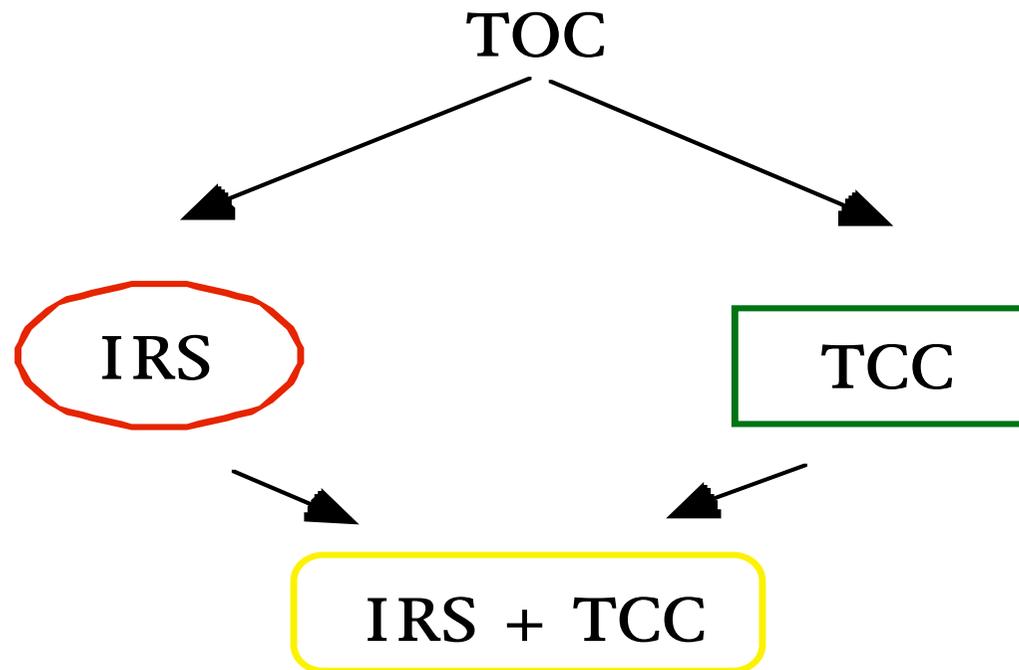
Sans application thérapeutique

III - THÉRAPEUTIQUES DU TOC

LE TRAITEMENT DU TOC

Un des plus faibles taux de réponse au placebo en psychiatrie : de 5%
(Deveaugh-Geiss , 1991)

Deux options thérapeutiques (Expert Consensus Panel, 1997)



LES MÉDICAMENTS

clomipramine	Anafranil ®	150 à 250 mg/j
paroxétine	Deroxat®	20-60mg/j
fluvoxamine	Floxyfral®	200-300mg/j
fluoxétine	Prozac®	20-80mg/j
sertraline	Zoloft®	150-300mg/j

La durée du traitement médicamenteux

- **Un à deux ans
(Expert Consensus, 1997).**
- **La rechute est habituelle : 20% à 90 % dans
l'année
(Pato & al, 1988; Fontaine & al, 1989)**

EPR

BUT :

augmenter l'habituation du sujet aux stimuli anxiogènes entraînant les obsessions

ÉTAPES :

- 1) pédagogie du TOC**
- 2) identifier les évitements**
- 3) les hiérarchiser**
- 4) EPR**

RÈGLES DE L'EPR :

- * régulière,**
- * prolongée,**
- *répétée.**

REMARQUES CLINIQUES SUR L'EPR

- **Monitoring de l'anxiété par le patient**
- **Directivité très forte du thérapeute**
- **Vigilance par rapport aux « évitements dans l'exposition » (cf. "in situation safety behaviors") et aux ritualisations discrètes**
- **Modeling du thérapeute**
- **Tâches à domicile**

TOC ET CRITIQUE DU TROUBLE

- **Seulement 13% des patients TOC estiment que leurs craintes n'ont aucune chance de se réaliser**
- **27% pensent qu'elles ont très peu de chances de se réaliser**
- **30% sont indécis**
- **26% sont plutôt sûrs qu'elles sont fondées**
- **4% en sont certains**

(Foa et Kozak, 1995, sur 431 patients)

TECHNIQUES COGNITIVES DANS LE TOC

- **Mise à jour et discussion des pensées intrusives (*dialogue socratique, arguments pour et contre, décentration*)**
- **Mise à jour, discussion et affrontement de la surestimation du risque et de la responsabilité personnelle, et de leurs conséquences**
(*flèche descendante, calcul des probabilités cumulées, des parts de responsabilité*)
- **Identification et discussion des schémas**
(*pour et contre*)

QUELQUES SCHÉMAS DANS LE TOC

- **"Les pensées ne sont pas inoffensives, et peuvent se réaliser. On est responsable de ses mauvaises pensées. »**
- **"Tout ce qui n'est pas sûr et sans équivoque peut comporter un danger. Tout risque doit être contrôlé."**
- **"On doit toujours être vigilant par rapport aux dangers que l'on peut soi-même provoquer, sinon on est responsable."**
- **"Des malheurs graves peuvent arriver si certaines règles ne sont pas strictement respectées."**

L'efficacité des traitements TOC

(Eisen, 1997; 1999)

- **Parmi les patients qui se soignent :**
 - **10 à 20% sont guéris sont en rémission complète**
 - **10 à 20% sont faiblement ou non améliorés**
 - **60% sont améliorés ou très améliorés**
- **La majorité des patients bénéficient de médicaments ET de psychothérapie comportementale et cognitive**
- **Première cause d'échec : 25 à 30% des patients ne se soignent pas**

BIBLIOGRAPHIE DU TOC

- André C et Muzo (illustrations). Petites angoisses et grosses phobies. Seuil, 2002.
- Bouvard M. Les troubles obsessionnels compulsifs. Masson, 2006.
- * Chapelle F : Les TOC. Éditions Milan, 2004
- * Cottraux J, Les ennemis intérieurs : obsessions et compulsions, Éditions Odile Jacob, 1988.
- * **Sauteraud A. Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter. Mieux vivre avec un TOC. Odile Jacob, 2002.**
- **-Sauteraud A. Le TOC : le manuel du thérapeute. Odile Jacob, 2005**
- Véra L. TOC chez l'enfant et l'adolescent. Dunod, 2004.
- * Lamagnère F, Manies, peurs et idées fixes, Retz, 1994.

(* = ouvrages à prescrire au patients)