

**ASSOCIATION FRANÇAISE DE THÉRAPIE COGNITIVE ET
COMPORTEMENTALE
MÉMOIRE DE 3^{ÈME} ANNÉE**

**PRISE EN CHARGE COGNITIVE ET
COMPORTEMENTALE D'UN CAS DE TROUBLE
OBSESSIONNEL COMPULSIF**

Directeur : Docteur Aurelia Schneider

SOMMAIRE :

<u>INTRODUCTION</u>	2
<u>PREMIÈRE PARTIE</u>	3
I. Définition.....	4
II. Modèles.....	5
III. Epidémiologie.....	6
IV. Clinique.....	7
V. Evolution.....	8
VI. Comorbidité.....	8
VII. Diagnostic Différentiel.....	9
VIII. Traitement.....	10
<u>DEUXIÈME PARTIE</u>	12
I. Description du cas clinique.....	13
II. Analyse fonctionnelle.....	18
III. Description des séances de thérapie.....	22
IV. Bilan de thérapie.....	27
<u>CONCLUSION</u>	29
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	30

INTRODUCTION :

Le trouble obsessionnel compulsif se caractérise par la survenue à des degrés variables d'obsessions et de compulsions. Les pertes de temps entraînées peuvent être à l'origine d'un degré sérieux d'invalidité en altérant le fonctionnement social et professionnel d'un individu. De même que pour les autres troubles anxieux, les aspects étiologiques semblent encore obscurs aujourd'hui. En revanche certains traitements pharmacologiques ou psychothérapeutiques démontrent leur efficacité, notamment la prise en charge cognitive et comportementale.

La première partie de ce mémoire est donc consacré au rassemblement des données de la littérature disponible sur le trouble obsessionnel compulsif. Les données épidémiologiques, cliniques, évolutives et thérapeutiques ainsi que celles concernant les modèles étiopathogéniques et la nosographie actuelle y sont présentées.

Dans la seconde partie est relatée la prise en charge cognitive et comportementale d'une patiente présentant un trouble obsessionnel compulsif sur une durée d'un an et demi.

PREMIERE PARTIE

ASPECTS THÉORIQUES

**Revue de littérature sur le trouble
obsessionnel compulsif**

I. Définition

Autrefois considéré dans le cadre de la névrose obsessionnelle, le Trouble obsessionnel compulsif (TOC) est aujourd'hui défini par la survenue d'obsessions et de rites compulsifs, que le patient présente ou non une personnalité pathologique de type obsessionnelle-compulsive ou psychasthénique.

Les nouvelles classifications internationales considèrent le TOC dans la catégorie des troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes pour la CIM-10 et dans celle des troubles anxieux pour le DSM-IV-TR.

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF SELON LA CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES (CIM-10)

Trouble caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportement compulsifs récurrents. Les pensées obsédantes sont des idées, des représentations ou des impulsions faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée. En règle générale, elle gênent considérablement le sujet, lequel essaie souvent de leur résister, mais en vain. Le sujet reconnaît toutefois qu'il s'agit de ses propres pensées, même si celles-ci sont étrangères à sa volonté et souvent répugnantes. Les comportements et les rituels compulsifs sont des activités stéréotypées répétitives. Le sujet ne tire aucun plaisir direct de la réalisation de ses actes, lesquels, par ailleurs, n'aboutissent pas à la réalisation de tâches en elles-mêmes. Le comportement compulsif a pour but d'empêcher un événement, dont la survenue est objectivement peu probable, impliquant souvent un malheur pour le sujet ou dont le sujet serait responsable. Le sujet reconnaît habituellement l'absurdité et l'inutilité de son comportement et fait des efforts répétés pour supprimer celui-ci. Le trouble s'accompagne presque toujours d'une anxiété. Cette anxiété s'aggrave quand le sujet essaie de résister à son activité compulsive.

Comprend : névrose :

Anankastique

Obsessionnelle-compulsive.

A l'exclusion de : personnalité obsessionnelle-compulsive (F60.5).

Avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan (F42.0) : il peut s'agir d'idées, de représentations ou d'impulsions qui sont habituellement à l'origine d'un sentiment de détresse. Parfois, il s'agit d'hésitations interminables entre des alternatives qui s'accompagnent souvent d'une impossibilité à prendre des décisions banales mais nécessaires dans la vie courantes. Il existe une relation particulièrement étroite entre ruminations obsédantes et dépression et on ne fera un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif que si les ruminations surviennent ou persistent en l'absence d'un épisode dépressif.

Avec des comportements compulsifs [rituels obsessionnels] au premier plan (F42.1) : les plupart des comportements compulsifs concernent la propreté (en particulier le lavage des mains), des vérifications répétées pour éviter la survenue d'une situation qui pourrait devenir dangereuse, ou un soucis excessif de l'ordre et du rangement. Le comportement du sujet est sous-tendu par une crainte consistant habituellement dans l'appréhension d'un danger, encouru ou provoqué par le sujet et l'activité rituelle constitue un moyen inefficace ou symbolique pour écarter ce danger.

Forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs (F42.2).

Autres troubles obsessionnels-compulsifs (F42.8).

Trouble obsessionnel-compulsif sans précision (F42.9).

TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF SELON LE MANUEL STRUCTUREL ET STATISTIQUE DES TROUBLES MENTAUX (DSM-IV-TR)

A. Existence soit d'obsessions, soit de compulsions :

Obsessions définies par (1), (2), (3) et (4):

(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) les pensées, impulsions ou représentations 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 pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

(4) le sujet reconnaît que les 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).

Compulsions définies par (1) et (2):

(1) comportements répétitifs (p. ex., lavage des mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots silencieusement) 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 comportements ou les 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 ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

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 trouble de l'axe 1 est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier (p. ex., 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; préoccupations 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 ni d'une affection médicale générale.

II. Modèles

A. Modèle psychanalytique

La névrose obsessionnelle découle d'une fixation au stade sadique-anal suite à un traumatisme dans l'enfance. C'est à ce stade que sont expérimentés les plaisirs d'expulsion, de rétention, se révélant également être de nouvelles formes d'agressivité.

Les symptômes observés traduiraient le conflit se jouant entre les pulsions refoulées et le Surmoi particulièrement rigide et sadique. Les mécanismes de défense observés sont le déplacement (remplacement de buts par d'autres) et l'inversion (les pulsions sadiques refoulées et interdites deviennent des craintes).

Malgré une certaine pertinence de ce modèle, facilitant la compréhension d'une partie des symptômes obsessionnels, des travaux récents permettent d'élaborer de nouvelles hypothèses.

B. Hypothèses neurobiologiques

De nombreuses études portent sur les facteurs biologiques associés au TOC, la plupart en rapport avec le métabolisme sérotoninergique. Il interviendrait dans une « incapacité à différer » conduisant aux rites obsessionnels.

C. Hypothèses neuro-anatomiques

Le TOC pourrait résulter d'un dysfonctionnement cérébral, du fait de son association fréquente avec certaines maladies neurologiques, du rôle des facteurs génétiques ainsi que de l'effet thérapeutique de certaines méthodes chirurgicales comme la cingulectomie antérieure.

D. Modèle cognitif et comportemental

La survenue du TOC peut s'expliquer selon les théories de l'apprentissage. Ainsi, l'association d'un stimulus inconditionnel, source d'anxiété importante, à un stimulus conditionnel (ex. objet sale), peut entraîner l'apparition d'une réponse anxieuse associée au seul stimulus inconditionnel (ex. objet sale). C'est le principe du conditionnement classique. L'apparition des rituels (ex. de lavage) permet de soulager rapidement et efficacement l'anxiété. Mais ces rituels constituent une forme d'évitement et, à plus long terme, augmentent l'anxiété anticipatoire et maintiennent les symptômes (renforcement positif). C'est le principe du conditionnement opérant.

Les pensées et idées intrusives sont présentes chez plus de 80% des sujets normaux, mais se distinguent de celles du TOC par leur fréquence moindre, leur durée limitée et le fait qu'elles peuvent être rejetées sans difficulté. Les schémas cognitifs les plus retrouvés dans le TOC sont les schémas de culpabilité ou de responsabilité (ex. mauvaises pensées, catastrophes) combattus par des rituels.

III. Epidémiologie

La prévalence du TOC, après longtemps avoir été sous-estimée (patients consultant peu), est aujourd'hui établie entre 2 et 3 % de la population sur la vie entière.

Le début des troubles se situe fréquemment avant 35 ans (65 % avant 25 ans), le sex-ratio est voisin de 1 et les catégories socioprofessionnelles élevées seraient plus touchées.

Une fragilité génétique et des facteurs environnementaux seraient également nécessaire à l'expression du TOC.

IV. Clinique

Les deux manifestations essentielles du TOC sont les obsessions et les compulsions.

A. L'obsession

C'est une pensée, idée, image, impulsion ou sensation, involontaire, qui fait irruption dans l'esprit du sujet, et s'impose à lui de façon répétée et incoercible, entraînant un malaise.

Le sujet en reconnaît le caractère morbide, absurde ou immoral. Il reconnaît sa propre activité psychique, bien qu'étant en désaccord avec elle. Les idées obsédantes ne lui paraissent pas imposées de l'extérieur comme chez les patients schizophrènes. Il tente en vain de l'ignorer ou de la chasser dans un processus de lutte anxieuse. Enfin, l'obsession n'entraîne classiquement pas de passage à l'acte.

Les trois types d'obsessions sont :

1. L'obsession phobique

C'est la crainte spécifique d'un objet pour lequel l'angoisse apparaît à la simple évocation mentale de l'objet ou de la situation responsable de la crainte obsédante. Elle persiste en dehors de l'objet (à la différence des phobies).

Les plus communes sont : la crainte des maladies (nosophobie), des microbes, de la saleté, par peur de la contamination. Elles conduisent à un évitement des contacts (« folie du toucher ») et à des rituels de lavage.

2. L'obsession idéative

C'est une rumination obsédante souvent très aliénante, où le sujet est assiégé par des idées volontiers centrées sur la morale, la religion, la philosophie, la métaphysique, etc. ou des idées désagréables ou culpabilisées concernant des mots grossiers ou sacrilèges, des chiffres, des noms, l'ordre, la symétrie, etc. L'exemple idéal se révèle être la classique « folie du doute » où la crainte d'une erreur ou d'une omission entraîne des rituels de vérification interminables.

3. L'obsession impulsive

Synonyme de la phobie d'impulsion, c'est la crainte de commettre un acte absurde, sacrilège ou criminel, qui n'est pratiquement jamais commis (ex. prononcer des phrases sacrilèges dans une église, tenir des propos scatologiques à table, commettre un homicide, un acte pervers sur son enfant, un acte agressif, se défenestrer...).

B. La compulsion

C'est l'équivalent de l'obsession, mais dans le domaine de l'acte, et non de la pensée. De même que pour l'obsession, la compulsion est un phénomène répété et pénible qui s'impose de façon contraignante au sujet, impossible à différer, reconnue comme absurde et gênant le fonctionnement social.

Parfois dérisoire et accomplie selon un cérémonial déterminé, rigoureux et plus ou moins complexe, le patient n'en tire aucun plaisir si ce n'est une relative et temporaire sédation de l'angoisse.

Les trois plus fréquentes catégories de rituels sont :

1. Les rituels de lavage (ex. en rapport avec l'obsession de la saleté, « folie du toucher »)
2. Les rituels de vérification (ex. portes, robinets, gaz...)
3. Les rituels de comptages (ex. arithmomanie : contrainte d'opérer des séries de calculs mentaux, de plus en plus complexes et à répéter à la moindre hésitation)

La résistance aux rituels entraîne une augmentation de l'angoisse. Le nombre d'heures consacrées aux rituels est une indication de la gravité du trouble.

V. Evolution

Le TOC est une pathologie durable, volontiers chronique, dont l'évolution peut être :

A. Périodique

Caractérisée par de longues rémissions et des rechutes inévitables. L'insertion socioprofessionnelle est souvent difficile mais pas impossible. Les symptômes semblent s'atténuer avec l'âge.

B. Progressive

Les difficultés d'insertion augmentent progressivement jusqu'à une possible paralysie entraînée par les symptômes. Dans les cas favorables, on peut observer une réduction des symptômes avec l'âge, voire un enkystement des troubles.

C. Compliquée

La complication la plus fréquente reste l'état dépressif. Les épisodes de dépersonnalisation et les complications d'ordre suicidaires sont également observés.

VI. Comorbidité

A. Axe I

TOC et dépression partagent de nombreux liens de parenté clinique, biologique et thérapeutiques. Les autres troubles anxieux sont souvent associés, notamment le trouble panique, mais aussi les abus de substances, à commencer par l'alcoolisme.

B. Axe II

Le TOC est souvent mais non systématiquement associé à un des deux types de personnalité pathologique classiquement associées à la névrose obsessionnelle. Issues de modèles

théoriques différents, les notions de caractère anal, de personnalité obsessionnelle-compulsive et de personnalité psychasthénique se recoupent sur un plan clinique avec :

1. Le caractère anal

Ordre et propreté, méticulosité, ponctualité, perfectionnisme

Entêtement et autorité, rigidité, désir permanent de maîtriser les choses

Economie, avarice, collectionnisme

Investissement des biens matériels et intellectuels au détriment de la vie émotionnelle qui est réprimée.

2. La personnalité obsessionnelle compulsive

Indécision s'accompagnant de doutes pénibles, scrupules, ruminations

Préoccupation excessive pour les détails

Froideur et la pauvreté des affects

3. La personnalité psychasthénique

Inhibition psychomotrice avec asthénie et souvent humeur dépressive

Sentiment d'incomplétude

C. Autres

Le syndrome de Gilles de la Tourette se caractérise par des tics moteurs et de vocalisation. Il est associé avec le TOC dans environ 65 % des cas et pose le problème des liens entre tics complexes et compulsions.

Par ailleurs, le TOC est parfois associé à l'anorexie mentale, la chorée de Sydenham et les maladies de Parkinson post-encéphaliques.

VII. Diagnostic différentiel

A. Idée délirante

Contrairement à l'obsession, le sujet n'a ici pas conscience du caractère morbide de son trouble.

B. Automatisme mental

Le sujet se sent dépossédé de son activité psychique. Il vit ce phénomène passivement, sans lutte possible. Ce n'est plus lui mais un autre qui pense pour lui.

C. Mentisme

Défilé incoercible d'idées, volontiers angoissantes, que le sujet reconnaît comme pathologiques. Cet état aigu est facilement rattachable à un épuisement nerveux, une intoxication (café, tabac, etc.) ou une situation hypnagogique.

D. Phobie

La phobie diffère de l'obsession en trois points : pas d'angoisse en dehors de la présence de l'objet, efficacité des conduites d'évitement et de réassurance, et inefficacité des rituels.

E. Dépression

Les dépressions majeures ou mélancoliques peuvent s'accompagner de ruminations obsédantes. Il est nécessaire de distinguer l'affect triste de l'obsédé de l'authentique dépression surajoutée qui nécessiterait un traitement.

F. Schizophrénie résiduelle ou pseudo-névrotique

On n'y retrouve en général pas de lutte anxieuse contre les obsessions. Celles-ci ont souvent un caractère délirant. Il ne s'agit pas de compulsions mais d'actes stéréotypés. La présence de signes dissociatifs aide au diagnostic. Il faut aussi distinguer la froideur obsessionnelle de la froideur du schizophrène, beaucoup plus intense et associée à des symptômes psychotiques.

VIII. Traitement

A. Médicaments

1. Benzodiazépines

Eventuellement utilisées comme traitement d'appoint mais n'entraînent pas pour autant de réduction des obsessions et des rituels.

2. Neuroleptiques

Les neuroleptiques sédatifs sont à réserver aux états d'anxiété aiguë incontrôlables par les benzodiazépines. Ils ne sont, à forte dose, qu'un traitement d'urgence de quelques jours. A plus faible dose, certains neuroleptiques comme l'halopéridol peuvent avoir une efficacité.

3. Antidépresseurs

Les antidépresseurs sérotoninergiques inhibent la recapture de la sérotonine et peuvent ainsi corriger son déficit. Ils sont devenus le traitement de choix et agissent sur toutes les composantes du TOC (rituels, obsessions, dépression).

Le délai d'action est long (au moins 6 semaines)

Il faut envisager d'emblée un traitement prolongé de plusieurs années, car les rechutes sont fréquentes et surviennent rapidement après l'arrêt du traitement.

La posologie doit être élevée (fluoxétine, paroxétine : 20 à 80 mg/j)

B. Psychothérapies

1. Psychothérapie de soutien

L'objectif est double : maintenir une vie relationnelle affective et sociale, et établir un compromis entre le patient et l'entourage pour que reste tolérée une symptomatologie à minima.

2. Thérapies Psychanalytiques (ou d'inspiration analytique)

Les études contrôlées montrent peu d'effet (21 % alors que 20 % des TOC s'améliorent en 13 à 20 ans).

3. Thérapie cognitive et comportementale

Son efficacité est évaluée à environ 50 %.

La méthode principale reste l'exposition progressive aux situations anxiogène, avec prévention de la réponse. D'autres techniques plus décrites sont utilisées, comme l'arrêt de la pensée.

Sur le plan cognitif, l'objectif est de corriger les schémas cognitifs sous jacents aux pensées et rituels.

a. Exposition in vivo

L'exposition à la situation redoutée doit être progressive, prolongée (au moins 45 minutes) et répétée. Elle est planifiée au départ avec le patient. Un des critères d'arrêt de l'exposition est la chute de l'anxiété d'au moins 50 % par rapport au maximum.

b. Prévention de la réponse ritualisée

Durant l'exposition, le thérapeute aide le patient à résister au besoin de ritualiser.

c. Prescription de taches à domicile

Les taches d'exposition avec prévention de la réponse peuvent être prescrites, et doivent être discutées et réévaluées à chaque séance.

d. Exposition en imagination

Cette pratique, la plus économique, reproduit les séances d'exposition en imagination avec ou sans relaxation préalable.

e. Techniques cognitives

La technique de la flèche descendante permet de mettre en évidence la cascade de conséquences et permet d'isoler certains postulats et schémas (de culpabilité, catastrophisation). Ceux-ci doivent être discutés et des pensées alternatives, plus rationnelles doivent y être opposées en vue d'une conception plus relativiste.

4. Techniques chirurgicales

La psychochirurgie n'est actuellement pratiquée qu'en Suède et aux Etats-Unis et reste réservée en cas d'échec des traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques. Les résultats ne semblent pas encore satisfaisants et la technique reste discutable.

DEUXIEME PARTIE

ASPECTS PRATIQUES

**Thérapie comportementale et cognitive
d'une patiente présentant un trouble
obsessionnel compulsif**

I. Description du cas clinique

Mademoiselle J., 25 ans, est adressée par son psychiatre pour la prise en charge d'un trouble obsessionnel compulsif invalidant le 27/10/04.

A. Anamnèse

Le TOC de Mademoiselle J. débute il y a une dizaine d'années, durant l'adolescence, se manifestant alors par des rituels de lavage des mains. Cette apparition correspond à la période où la patiente commence à réaliser seule ses injections d'insuline pour le traitement de son diabète insulino-dépendant. En l'espace d'une dizaine d'années, l'aggravation se fait progressive, constante et importante. Actuellement les rituels de lavage peuvent lui prendre toute la journée.

B. Antécédents médicaux et psychiatriques

Diabète insulino-dépendant découvert à l'âge de 11 ans après une acidocétose diabétique. L'équilibre glycémique reste difficile à obtenir malgré une très bonne adhésion au traitement et la réalisation correcte des injections d'insuline. La patiente bénéficie d'un suivi régulier chez son diabétologue ainsi que de fréquentes prises en charges sur un hôpital de jour d'endocrinologie.

Dérèglement hormonal depuis 4 ans avec alopécie, acné et irrégularités menstruelles

Interruption volontaire de grossesse récente (grossesse non désirée)

Absence d'autres antécédents psychiatriques personnels (dépression, hospitalisation, traitements...)

Absence d'antécédents psychiatriques familiaux

C. Mode de vie

Mademoiselle J. vit avec sa mère et ses deux frères de 18 et 21 ans. Elle n'a jamais connu son père. Elle est titulaire d'un baccalauréat secrétariat comptabilité dans le cadre duquel elle a réalisé plusieurs stages. Elle est bénéficiaire de l'allocation adulte handicapé (AAH) depuis 2003 et est actuellement dans l'attente d'un travail en milieu protégé.

La vie sociale de Mademoiselle J. s'est beaucoup réduite parallèlement à l'évolution de son TOC. Elle garde aujourd'hui des relations avec une amie de longue date, quelques cousines et son petit ami avec lequel les rapports sont difficiles du fait de son TOC.

D. Clinique

1. Examen clinique psychiatrique général

Le contact est bon, la patiente est souriante mais tendue, les bras croisés, son sac à main posé sur ses genoux. Elle refusera d'ôter son manteau pendant toute la durée de l'entretien.

Absence de trouble thymique évolutif : pessimisme et auto-dévalorisation mais absence de ralentissement psychomoteur et pas de modification de poids. Absence de tristesse pathologique, de sentiment de désespoir, d'anhédonie et d'aboulie et d'idéation suicidaire.

Absence de symptômes d'ordre psychotique : absence d'idées délirantes, de symptômes d'ordre déficitaire ou de désorganisation psychique. Absence de discordance.

Absence d'utilisation ou d'abus de substances

Recherche d'autres troubles anxieux négative : absence de trouble panique, d'agoraphobie, de phobie sociale ou de phobie simple.

2. Examen clinique psychiatrique spécifique

Concernant son TOC, la patiente se plaint de rituels de lavages envahissants, lui prenant systématiquement une dizaine d'heures par jour et restreignant considérablement ses activités.

Lors de ses sorties du domicile, elle conserve sur elle un flacon de gel antiseptique qu'elle utilise en moyenne trois fois, ou plus selon les contacts manuels qu'elle est amenée à réaliser.

Chaque sortie de son domicile implique à son retour :

- 6 lavages consécutifs des mains et des avant-bras au gel-douche dont une fois avec un gant de toilette
- 1 douche d'une heure au cours de laquelle elle se lave 3 fois le corps entier
- Un lavage en machine de la totalité du linge porté

Chez elle :

- Elle manipule les poignées de porte ainsi que toute surface non désinfectée et manipulée fréquemment par une autre personne de la maison avec une serviette en papier
- Chaque coup de téléphone est précédé d'une désinfection du combiné avec une lingette désinfectante imprégnée auparavant d'un produit nettoyant et d'eau de javel
- Le ménage est réalisé dans sa chambre une fois par jour avec utilisation d'eau de javel pour une durée moyenne de 3 heures
- Chaque sortie de sa chambre est sanctionnée de 3 lavages des mains au gel douche
- L'entourage familial tolère les rituels de la patiente, et sa mère collabore occasionnellement en manipulant les robinets d'eau à sa demande ainsi qu'en laissant à sa fille le monopole de l'utilisation du lave linge.
- Mademoiselle J. passe environ un week-end sur deux chez son petit ami, dont la moitié est amputé par le nettoyage de chacune des pièces de l'appartement à son arrivée. Elle oblige également son petit ami à se laver les mains environ 5 fois par jour et à toucher les poignées de porte à sa place.

L'obsession sous-tendant ces rituels de lavage est une obsession de contamination, particulièrement au niveau cutané. Mademoiselle J. redoute notamment l'apparition de verrues, de pustules ou d'autres infections cutanées. Les rituels ne semblent pas aujourd'hui concerner les injections d'insuline, réalisées de façon adaptée, mais la patiente soupçonne tout

de même la participation de ses injections dans l'apparition (il y a 10 ans environ) et le développement de son TOC depuis qu'elle les réalise elle-même (il y a 11 ans environ).

Les signes physiques d'anxiété sont peu marqués chez mademoiselle J. Ils apparaissent parfois lors des tentatives infructueuses de lutte contre les rituels (tachycardie, sueurs) mais la patiente n'a jamais présenté d'attaque de panique authentique.

Quelques traits de personnalité obsessionnelle-compulsive sont retrouvés : rigueur, scrupules, psychorigidité, avarice, sans pour autant qu'ils soient suffisants pour porter un diagnostic de trouble de la personnalité.

Mademoiselle J. reconnaît le caractère excessif et absurde de ses comportements et désire soigner ce TOC invalidant, afin de pouvoir à nouveau travailler, retrouver une vie sociale satisfaisante et améliorer les relations avec son petit ami.

E. Evaluation

1. Diagnostic

Selon le DSM-IV-TR, le diagnostic suivant peut être évoqué :

Axe I : Trouble obsessionnel compulsif

Axe II : Absence

La patiente présente en effet de nombreux symptômes caractéristique du trouble obsessionnel-compulsif selon les critères du DSM-IV-TR :

- Existence d'obsession mais surtout de compulsions : ici des comportements répétitifs que la patiente se sent poussée à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
- Ces comportements sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.
- La patiente reconnaît que ses obsessions et compulsions sont excessives ou irraisonnées.
- Les compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) et interfèrent de façon significative avec les activités habituelles de la patiente, son fonctionnement professionnel et ses activités ou relations sociales habituelles.

2. Questionnaires

a. Questionnaire des peurs de Marks et Matthews (Fear Questionnaire)

L'anxiété maximale est cotée pour la saleté mais également pour les situations de bruits soudains. La patiente reconnaît en effet fréquemment sursauter à la survenue d'un bruit soudain tel qu'une alarme ou le tonnerre sans pour autant que cela ne gêne son fonctionnement.

b. Echelle HAD (Hamilton Anxiety Depression Scale)

Score anxiété : 14

Score dépression : 10

Les dimensions anxieuses et dépressives sont présentes chez la patiente à un niveau conséquent.

c. Questionnaire abrégé de Beck

Score : 14

Des cognitions dépressives sont présentes chez la patiente, probable retentissement du TOC.

d. Echelle de Rathus (Rathus Assertiveness Schedule)

Score : 10

La patiente ne présente aucun réel problème d'affirmation de soi.

e. Liste des obsessions-compulsions (Questionnaire de Marks)

La patiente est dans l'incapacité de manier des détritrus ou des poubelles.

Les autres activités problématiques (prenant au moins 3 fois plus de temps que la plupart des gens) sont le lavage des mains et du visage, l'utilisation des toilettes, le lavage des vêtements, le nettoyage de la maison, le contact avec les poignées de porte, faire l'arithmétique ou des comptes et faire son travail.

f. Echelle d'obsessions-compulsions de Yale-Brown

Score : 34/40

Au niveau de la liste des obsessions-compulsions, on note l'importance des obsessions de contamination (sécrétions et déchets corporels, saleté et microbes, animaux) et des compulsions de lavage (lavage des mains, soins corporels, nettoyage d'objets, suppression du contact avec des éléments contaminants, suppression des éléments contaminants avec rituel de vérification associé) mais apparaissent aussi des obsessions religieuses et de symétrie ainsi que quelques obsessions à thème agressif (images de violence ou d'horreur, peur d'être responsable de ce qui ne va pas ou que quelque chose de terrible puisse arriver).

3. Taches d'auto-évaluation à intervalles rapprochés

Au cours de la phase d'évaluation, la patiente procède à un relevé de ses différentes obsessions et compulsions :

Situation <i>"Ce qui déclenche"</i>	Obsession <i>"L'idée qui me fait peur"</i>	Compulsion <i>"Ce que je fais pour me rassurer"</i>	Evitement <i>"Ce que je fais pour ne pas être confronté aux obsessions et aux rituels"</i>
RDV endocrinologie	Mettre mes bottes (sauté, contamination)	6 lavages des mains (15 min)	Manipulation des bottes avec une serviette en papier
Quelqu'un marche derrière moi	Il me plante un couteau dans les reins	J'accélère, je me décale	Je ralentis et je le laisse passer
RDV chez mon copain	Ménage non fait (contamination)	De retour chez moi, douche d'une heure et demie, nettoyage et désinfection du linge et de mon sac (3h)	Je fais le ménage chez lui (4h)
Départ pour aller faire des courses	Eviter la contamination par les poignées de portes et les boutons de l'ascenseur	Non	Utilisation d'une serviette en papier pour toucher boutons et poignées
Lecture de mon courrier	Le courrier est contaminé	6 lavages des mains et des avant-bras (20 min)	
Nécessité d'éteindre les lumières	Interrupteurs contaminés car touchés par toute la famille	Non	Je demande à ma mère d'éteindre la lumière
Je vais laver du linge	Risque de contamination par le linge sale	6 lavages des mains et des avant-bras (30 min)	Je demande à ma mère d'ouvrir le robinet
Sortie à la banque	Risque de contamination par les billets de banques	Passage de gel antibactérien avant et après le contact avec les billets	Non
Je fais le ménage	Je vais être contaminé par la poussière	Douche avec 3 lavages consécutifs du corps entier (1h)	Non

La patiente est également amenée à établir une liste d'objectifs comportementaux allant du "possible mais pas agréable"(1/5) au "totalement impossible"(5/5) :

J'aimerais être capable de faire, sans anxiété	Anxiété
Me laver les mains normalement (1 fois, sans les avant-bras)	5
Ne plus désinfecter les robinets et le linge à l'eau de javel	5
Ramasser un objet tombé sur le sol dans la rue sans utiliser le gel désinfectant	5
Acheter la première revue de la pile dans une librairie	4
Mettre mes chaussures sans utiliser de serviette en papier	4
Prendre une douche normalement (1 lavage et au maximum 15 min)	3
Ne pas laver mon linge quand quelqu'un me frôle	3
Pouvoir éteindre et allumer la lumière moi-même et sans serviette en papier	3
Lire un livre ou une revue sans me laver les mains	2
Ne plus vérifier ou demander à me mère de vérifier une lettre ou un cheque	2

II. Analyse fonctionnelle

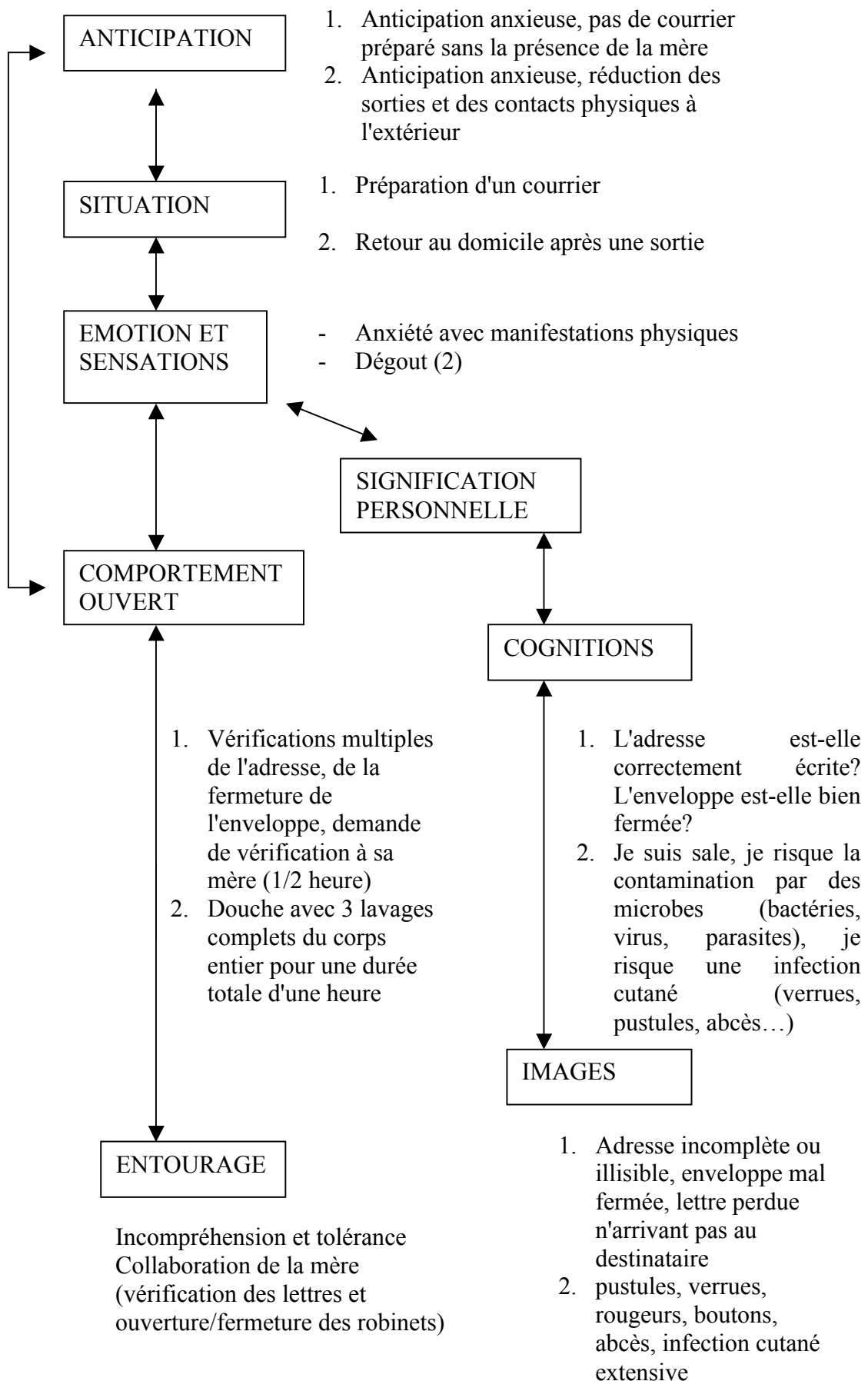
A. Selon la grille SECCA

1. Synchronie

2 situations sont exposées dans la synchronie :

Envoyer un courrier (rituel de vérification) (1)

La douche après le retour au domicile (rituel de lavage) (2)



2. Diachronie

a. Données structurales possibles

Données génétiques : absence d'antécédents familiaux psychiatriques (troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles psychotiques).

Personnalité de la patiente : éléments de personnalité obsessionnelle-compulsive (rigueur, scrupules, psychorigidité, avarice...).

b. Facteurs historiques de maintien

Milieu familial tolérant et collaboratif.

Absence de prise en charge du trouble depuis son apparition.

c. Facteurs déclenchant initiaux invoqués

Survenue d'un diabète insulino-dépendant 1 an avant l'apparition du TOC.

d. Evènements précipitant les troubles

Réalisation des injections d'insuline par la patiente elle-même, un an après l'apparition du diabète.

e. Autres problèmes

Le diabète nécessite des précautions d'hygiène particulières, un régime alimentaire adapté et des vérifications fréquentes (glycémie capillaire, prises de sang régulières).

Dérèglement hormonal avec manifestations cutanées (peau grasse, acné)

Interruption volontaire de grossesse récente (facteur de stress)

f. Traitements antérieurs

1 mois de traitement par antidépresseur sérotoninergique (Sertraline) interrompu pour aggravation du déséquilibre glycémique et effets secondaires gênants (sudation importante, prise de poids et troubles digestifs). La patiente refuse désormais tout traitement médicamenteux.

g. Traitements actuels

Absence

B. Selon la grille BASIC IDEA

La grille sera utilisée pour la situation 2 (douche) :

B ehavior : douche avec 3 lavages complets du corps entier pour une durée totale d'une heure

A ffect : anxiété, dégoût

S ensations : tachycardie, chaleur, sueurs

I maging : pustules, verrues, rougeurs, boutons, abcès, infection cutanée extensive

C ognitions : je suis sale, je risque la contamination par des microbes (bactéries, virus, parasites), je risque une infection cutanée (verrues, pustules, abcès...)

I nterpersonnel : mère collaborative (ouverture et fermeture des robinets)

D rugs : néant

Expectation : attente élevées, désir de retrouver une vie sociale et professionnelle satisfaisante

Attitudes : attitude positive du thérapeute

C. Contrat thérapeutique

Melle J. souhaite se débarrasser de ce trouble obsessionnel compulsif invalidant afin de pouvoir retrouver une activité professionnelle et des relations sociales satisfaisantes. La lecture d'un ouvrage à destination du grand public lui a permis de comprendre certains mécanismes de son trouble.

Ses objectifs globaux sont :

Retrouver une situation professionnelle stable

Retrouver une vie sociale et amoureuse satisfaisante

Dans un premier temps sont fixés des objectifs intermédiaires plus précis, réalistes et comportementaux en collaboration avec la patiente et en adéquation avec sa liste d'objectifs :

(1) Pouvoir envoyer un courrier sans demander la vérification de sa mère

(2) Pouvoir prendre une douche de moins d'un quart d'heure en ne se lavant qu'une seule fois

(3) Pouvoir se laver les mains normalement (une fois, sans les avant-bras)

Ces objectifs seront réévalués au cours de la thérapie tout comme la possibilité d'en ajouter de nouveaux. Ces trois programmes seront abordés par ordre croissant de difficulté selon la liste d'objectifs de la patiente.

Le plan de la thérapie est fixé en collaboration avec la patiente et détaillé ci-dessous :

1. Phase d'évaluation et d'information (3 séances)

a. *Evaluation diagnostique (I.E.1.)*

b. *Analyse fonctionnelle (II.)*

c. *Passation d'échelles (I.E.2.)*

d. *Auto-enregistrement (I.E.3.)*

e. *Information sur le trouble obsessionnel compulsif*

Définition simple d'une obsession : image, pensée, impulsion ou sensation involontaire qui crée un malaise. Les obsessions sont présentes chez plus de 80% des sujets normaux et diffèrent de celles observées dans le TOC par leur fréquence, leur durée et le fait qu'elles peuvent être rejetées sans difficulté.

Définition simple d'une compulsion : comportement ou pensée volontaire, à caractère obligatoire, effectué dans le but de se sentir mieux ou d'éviter une catastrophe.

Exposition du principe des conditionnements classique et opérant. Explication du renforcement du trouble par les comportements d'évitement (rituels).

f. Information sur les principes du traitement

L'exposition est définie comme une confrontation à des situations considérées comme contaminantes.

La prévention de la réponse consiste à empêcher la survenue du comportement compulsif (rituel) pendant ou après l'exposition.

Explication des principes de restructuration cognitive associés à l'exposition avec prévention de la réponse.

2. Phase de thérapie (base de 30 séances)

- a. Techniques comportementales
- b. Techniques cognitives
- c. Prescription de tâches à domicile

3. Phase de consolidation et de suivi (10 séances)

- a. Bilan de thérapie
- b. Vérification du maintien des résultats

III. Description des séances de thérapie

Les trois premiers programmes de la thérapie sont détaillés, et concernent les rituels de vérification (programme no1) et les rituels de lavage (programme no2 et no3). Ces trois programmes consistent en des tâches d'exposition avec prévention de la réponse ritualisée associées à une restructuration cognitive.

A. Programme no. 1 : envoi de courrier

Début du programme le 08/12/04

Avant le début du programme, chaque envoi de courrier de la patiente est précédé d'une dizaine de vérifications de l'adresse (correcte, complète, lisibilité) associées à trois vérifications de sa mère. Les vérifications durent en moyenne 30 minutes.

La tâche d'exposition programmée en accord avec la patiente est donc :

Envoi de plusieurs lettres à son thérapeute sans vérifications et dont les caractéristiques sont les suivantes : adresse incomplète (sans le numéro de rue, le code postal ou la ville), absence d'adresse au verso, petit mot à l'intérieur mentionnant que l'arrivée du courrier à destinataire signifie que la vérification est inutile.

Parallèlement le relevé de l'anxiété sur une échelle de 0 à 10 doit se faire par écrit sur un tableau à T-1h, T0, T+1h et T+12h, T0 correspondant au moment où la lettre est postée. Il est expliqué que l'envoi de courrier doit être régulier et répété, et qu'elle doit constater par écrit la diminution progressive de l'anxiété entre T0 et T+12h, et la diminution de l'anxiété à T0 au fil du temps.

Le programme est considéré comme réussi et peut être arrêté à partir du moment où l'anxiété à T0 reste inférieure à 2/10 pendant 4 semaines.

Voici le relevé de la patiente :

<i>Programme</i>	Envoi de courrier incomplet sans vérification			
<i>Date</i>	T-1H	T0	T+1H	T+12H
08/12/04	8	10	8	5
09/12/04	9	10	7	3
10/12/04	7	8	6	3
14/12/04	8	9	8	4
16/12/04	6	8	6	3
20/12/04	5	8	6	3
26/12/04	6	7	6	2
03/01/05	5	6	4	0
09/01/05	5	5	4	1
15/01/05	5	6	3	1
21/01/05	4	4	2	1
30/01/05	3	4	3	0
02/02/05	3	4	1	0
04/02/05	3	3	2	1
08/02/05	2	2	1	0
15/02/05	2	2	0	0
19/02/05	1	2	0	0
26/02/05	1	1	0	0
01/03/05	1	1	0	0
06/03/05	1	1	0	0

La patiente constate l'arrivée systématique des courriers au destinataire (le thérapeute). Elle constate également par écrit la diminution systématique de son anxiété dans le sens horizontal (entre T0 et T+12H) et dans le sens vertical (diminution de T0 au fur et à mesure des séances d'exposition). Parallèlement aux expositions est entamée une restructuration cognitive sur l'utilité des vérifications de ces courriers. Les petits mots écrits par la patiente dans tous ces courriers ("Si ce courrier arrive à son destinataire, cela signifie que les vérifications sont inutiles") l'aident à progressivement à se prouver l'inutilité de ces vérifications.

Le programme est officiellement terminé le 09/03/05 et la patiente se dit satisfaite de sa réussite. Elle arrive désormais à ne plus vérifier non seulement ses courriers, mais aussi ses chèques (généralisation). Elle se dit alors prête à débiter le programme suivant.

B. Programme no. 2 : La douche

Avant le lancement de ce deuxième programme, la patiente prend en moyenne une douche par jour dont la durée s'élève à une heure. Elle prend une douche après chaque sortie de son domicile.

Le déroulement de la douche comporte trois lavages du corps entier au gel douche réalisés sur trois segments (cheveux, haut du corps, bas du corps).

La technique de la flèche descendante est utilisée pour étudier les obstacles cognitifs à l'exposition. La question suivante est soumise à la patiente : "Imaginez rentrer chez vous et ne pas prendre de douche. Quelles seraient les conséquences?" :

- "Je resterais sale"↓
- "La saleté, les microbes resteraient sur ma peau"↓
- "Les bactéries se multiplieraient et s'étendraient"↓
- "Des boutons apparaîtraient"↓
- "Ces boutons se transformeraient en pustules, en furoncles, en abcès"↓
- "Toutes ces infections s'étendraient à la totalité de mon corps"↓
- "Je serais envahie de l'intérieur par ces microbes"↓
- "Je mourrais"↓

Le programme de la douche est alors divisé en sous-programmes, dans le but de passer progressivement de trois lavages par segment à un lavage par segment. Chaque sous-programme est accompagné d'un relevé de l'anxiété similaire à celui du premier programme (courrier) et le passage au sous-programme suivant est possible lorsque l'anxiété à T0 reste inférieure à 2/10 pendant 4 semaines.

Sous-programme		Base	2.1	2.2	2.3	2.4	2.5
<i>Début du prg.</i>			09/03/05	04/05/05	22/06/05	03/08/05	17/09/05
<i>Fin du prg.</i>			04/05/05	22/06/05	03/08/05	17/09/05	19/11/05
<i>Nb. lavages</i>	<i>Cheveux</i>	3	2	2	1	1	1
	<i>Haut corps</i>	3	2	2	2	1	1
	<i>Bas corps</i>	3	3	2	2	2	1
<i>Durée totale</i>		60	40	35	25	20	15

Le programme de la douche s'étale sur une durée totale de huit mois et se conclue par l'atteinte de l'objectif fixée par la patiente soit : un seul lavage du corps entier pour une durée d'un quart d'heure environ. Au fur et à mesure de l'accomplissement de ce programme, un travail cognitif est réalisé avec la patiente qui constate l'absence d'apparition de lésion cutanée malgré la diminution du nombre de lavages consécutifs.

La patiente se dit satisfaite de la réussite du programme de la douche et de ces trois quarts d'heure par jour libérés qu'elle utilise désormais pour des loisirs tels que la lecture.

C. Programme no. 3 : Le lavage des mains

Ce troisième programme est entamé peu avant la fin du second et se déroule selon un principe similaire (Septembre 2005). A cette date, la patiente se lave les mains en moyenne 10 fois par jour au savon, chaque lavage durant 15 minutes et se décomposant en 6 savonnages des mains

et 1 savonnage des avant-bras. De même que pour le programme précédent, l'exposition est réalisée progressivement pour atteindre l'objectif fixé par la patiente, soit une durée d'environ 30 secondes avec un seul savonnage des mains sans lavage des avant bras. Le nombre de lavage par jour est contrôlé parallèlement.

Sous-programme		Base	3.1	3.2	3.3	3.4	3.5	3.6
<i>Début sous-prg.</i>			17/09/05	26/10/05	07/12/05	18/01/06	21/02/06	12/04/06
<i>Fin sous-prg.</i>			26/10/05	07/12/05	18/01/06	21/02/06	12/04/06	24/05/06
<i>Nb. savonnages</i>	<i>Mains</i>	6	5	4	3	2	1	1
	<i>Avant-bras</i>	1	1	1	1	1	1	0
<i>Durée/lavage (min)</i>		15	12	10	8	4	2	< 1
<i>Nb. Lavages/jour</i>		10	12	13	12	10	10	10

A la fin du programme, la patiente se dit satisfaite quant à l'objectif fixé au départ soit : un lavage des mains d'une durée inférieure à 30 secondes avec un seul savonnage des mains sans savonnage des avant-bras. La durée d'un lavage des mains reste supérieur à 30 secondes mais inférieur à 1 minute ce qui reste toutefois acceptable selon elle. Le nombre de lavages par jour demeure en revanche stable à 10 après avoir légèrement augmenté en début de programme puis enfin diminué. Ce nombre de lavages des mains par jour reste problématique car trop élevé pour mademoiselle J. qui souhaite en faire l'objet d'un nouveau programme.

Par ailleurs, la patiente constate que la diminution du nombre de savonnages et de la durée d'un lavage des mains n'entraîne pas l'apparition des lésions cutanées infectieuses qu'elle redoutait, de même que lors de l'accomplissement du programme de la douche.

D. Autres programmes

A partir du troisième programme, Mademoiselle J. se sent capable d'en débiter d'autres parallèlement. A son grand étonnement, elle constate revoir à la baisse la difficulté de ses programmes supplémentaires par rapport au début de la thérapie. Ce phénomène de généralisation, fréquemment observés au cours de la thérapie cognitive et comportementale du TOC lui est alors exposé et explicité.

1. La serviette en papier

Mademoiselle J. utilise systématiquement à son domicile une serviette en papier pour manipuler certains objets, les poignées de portes ou encore actionner les interrupteurs de la maison dans le but d'éviter le contact direct avec une surface non désinfectée et/ou mise en contact avec les autres personnes de la maison. Les obstacles cognitifs à l'exposition sont similaires à ceux des autres rituels de lavages : la peur d'une infection cutanée extensive et mortelle.

L'objectif du premier programme de cette catégorie est d'actionner les interrupteurs sans serviette en papier et sans se laver les mains dans les deux heures qui suivent le contact. La difficulté de ce programme, évaluée en début de thérapie à 3/5 par la patiente, est désormais considérée à 2/5 du fait du phénomène de généralisation. La durée d'accomplissement de ce programme est d'environ deux mois, avec les mêmes règles que les programmes principaux. Ainsi, le programme est considéré comme achevé lorsque l'anxiété à T0 reste inférieure à 2/10 pendant 4 semaines.

<i>Programme</i>	Actionner les interrupteurs sans serviette en papier			
<i>Date</i>	T-5min	T0	T+1/2H	T+2H
26/10/05	Anxiété/10	Anxiété/10	Anxiété/10	Anxiété/10
??/??/??	↓	↓	↓	↓

Le programme suivant de cette catégorie, concernant les poignées de porte, est terminé dans les mêmes délais et toujours selon les mêmes principes. Une fois ces deux programmes terminés, la patiente constate avec satisfaction la nette diminution de l'utilisation de serviettes en papier pour d'autres situations qui n'ont alors pas fait l'objet d'un programme officiel. Ainsi, elle n'utilise plus ces serviettes en papier pour manipuler les objets ayant été manipulés par sa mère ou par son frère. Elle constate alors une nouvelle fois que ce phénomène de généralisation accélère et donc facilite le processus thérapeutique. Ce qu'elle considérait en début de thérapie comme « une montagne d'objectifs insurmontable » s'avère aujourd'hui de plus en plus accessible.

Sur le plan cognitif, l'évolution de ses pensées et croyances est contrôlée. Mademoiselle J. constate en effet que le contact direct et répété avec des surfaces non désinfectées n'entraîne pas plus d'infections cutanées sans utiliser de serviette en papier. Elle reconnaît alors l'inutilité des serviettes en papier dans ces situations.

2. La lessive

Mademoiselle J. lave en machine la totalité de ses vêtements portés après chaque sortie à l'extérieur de son domicile. Ces lessives journalières lui prennent environ une heure. Un accord est établi avec elle sur ce qui constitue un comportement « normal » qui est ainsi ciblé. Cet objectif est de réduire son taux de lessive à une par semaine sachant que seuls les sous-vêtements doivent être lavés après avoir été portés une journée. Les autres vêtements doivent pouvoir être portés à nouveau sans avoir été lavés systématiquement. Le premier programme de cette catégorie concerne son manteau qu'elle lave comme le reste chaque soir en rentrant. Le premier sous programme ainsi débuté a pour objectif de ne laver ce manteau qu'une fois par semaine.

3. Le gel désinfectant

Mademoiselle J. conserve en permanence un flacon de gel désinfectant dans son sac à main pour chaque sortie à l'extérieur de son domicile. Elle s'en applique sur les mains en moyenne trois fois ou plus selon les contacts réalisés. L'objectif de la patiente est de ne plus utiliser ce gel, qui constitue également un objet de réassurance, lors de ses sorties. Les programmes de cette catégorie sont réalisés de façon similaire à ceux de la catégorie des serviettes en papier.

Le premier sous programme consiste à manipuler les portières du Metro sans application de ce produit désinfectant.

IV. Bilan de thérapie

Au moment de la rédaction finale de ce mémoire (Juin 2006), Mademoiselle J. est suivie en thérapie depuis un an et demi (Octobre 2004) pour un total d'une cinquantaine de séances. Elle présente un trouble obsessionnel compulsif sévère et bien installé depuis l'adolescence qui nécessite de revoir à la hausse le nombre de séances fixé lors du contrat thérapeutique. Bien que lente, l'évolution de la thérapie est positive.

Le gain de temps obtenu par la disparition de certains rituels permet à la patiente de retravailler depuis Septembre 2005, ce dont elle se dit très satisfaite, et ce qui constitue le premier de ses deux objectifs principaux. Le second qui était de retrouver une vie sociale et amoureuse satisfaisante n'est que partiellement atteint. Séparée de son petit ami, Mademoiselle J. est célibataire depuis environ un an. En revanche, sa vie sociale s'est développée parallèlement à la réduction de ses rituels de lavages, de façon satisfaisante.

Suite à ce bilan, en raison de la persistance de rituels de lavage invalidants, notamment au niveau du lavage de linge et de l'utilisation de gel désinfectant à l'extérieur, il est proposé à la patiente de poursuivre la thérapie.

A. Bilan des objectifs

Les trois objectifs initiaux fixés en accord avec la patiente sont atteints :

- (1) Pouvoir envoyer un courrier sans demander la vérification de sa mère
- (2) Pouvoir prendre une douche de moins d'un quart d'heure en ne se lavant qu'une seule fois
- (3) Pouvoir se laver les mains normalement (une fois, sans les avant-bras)

Des objectifs supplémentaires (dont certains figurent dans la liste d'objectifs remplie au départ par la patiente) ont été atteints :

- (4) Lire un livre ou une revue au domicile sans se laver les mains
- (5) Acheter la première revue sur une pile à la librairie
- (6) Ne plus utiliser de serviette en papier au domicile pour manipuler les interrupteurs, les poignées ainsi que les objets manipulés par les autres

Les objectifs en cours de travail sont :

- (7) Ne laver son manteau qu'une fois par semaine
- (8) Ne plus désinfecter les robinets et produits de la salle de bain

Les objectifs à venir concernent l'utilisation du gel désinfectant :

- (9) Manipuler les portières du Metro sans utiliser de gel désinfectant
- (10) Ne laver les pulls et pantalons qu'une fois par semaine

B. Echelles d'évaluation

Certaines des échelles d'évaluation remplies avant le début de la thérapie sont soumises à nouveau à la patiente après cette cinquantaine de séances :

Echelle HAD (Hamilton Anxiety Depression Scale)

Score anxiété : 8 (score initial : 14)

Score dépression : 4 (score initial : 10)

La diminution est nette sur le plan anxieux et dépressif suite à la diminution des rituels chez la patiente.

Questionnaire abrégé de Beck

Score : 6 (score initial : 14)

La diminution des cognitions dépressives traduit probablement le moindre retentissement du TOC

Echelle d'obsessions-compulsions de Yale-Brown

Score : 20/40 (score initial : 34)

La franche diminution du score confirme l'impression clinique et les dires de la patiente. La persistance de certains rituels n'enlève toutefois pas le caractère invalidant de son TOC.

C. Renouvellement du contrat thérapeutique

Mademoiselle J. souhaitant poursuivre la thérapie, il lui est proposé d'établir un nouveau contrat thérapeutique. Les nouveaux objectifs globaux fixés sont :

(1') Réduction des lessives personnelles à une par semaine

(2') Abolition de l'utilisation de gel désinfectant durant ses sorties

(3') Ne faire le ménage qu'une fois par semaine

CONCLUSION :

Le trouble obsessionnel compulsif est une affection fréquente dont la prévalence s'élève entre 2 et 3 % sur la vie entière. Ses manifestations, les obsessions et les rituels, de par la perte de temps occasionnée, peuvent retentir de façon invalidante sur la vie d'un individu et être à l'origine d'un sentiment de détresse marquée. L'évolution du trouble, souvent chronique, est volontiers émaillée d'épisodes dépressifs secondaires.

Les deux traitements ayant aujourd'hui prouvé leur efficacité sur le TOC sont les antidépresseurs sérotoninergiques et la thérapie cognitive et comportementale. La durée du traitement antidépresseur doit être envisagée sur plusieurs années en raison du risque de rechute et le délai d'action est long (environ 6 semaines). L'efficacité de la thérapie cognitive et comportementale est évaluée à 50 %. Elle consiste principalement en une exposition avec prévention de la réponse associée à des techniques cognitives. L'association des deux approches médicamenteuses et psychothérapeutique est également recommandée en pratique, particulièrement en cas de sévérité importante ou d'efficacité insuffisante d'un des deux traitements.

Mademoiselle J. présente au début de sa thérapie un TOC sévère, à l'origine d'une perte de temps considérable et d'un sentiment de détresse, dont le retentissement socioprofessionnel est majeur. Ce TOC se manifeste principalement par des rituels de lavage qui correspondent à des obsessions de contamination cutanée. Les objectifs initiaux de la patiente sont de retrouver une situation professionnelle stable et une vie sociale satisfaisante. Après une phase d'évaluation et d'information, la phase de thérapie proprement dite consiste en des tâches d'exposition prescrites par le thérapeute. Les séances sont consacrées principalement au contrôle de la correcte réalisation des tâches d'exposition, à la restructuration cognitive puis à la prescription de nouvelles tâches d'exposition.

Le bilan à un an et demi est positif. Après une cinquantaine de séances, les rituels les plus invalidants sont contrôlés. Mademoiselle J. retravaille alors depuis 6 mois et dispose désormais de davantage de temps libre qu'elle utilise pour ses loisirs et ses relations sociales.

La persistance de certains rituels invalidants incite la patiente et le thérapeute à établir un nouveau contrat thérapeutique et à poursuivre la thérapie.

BIBLIOGRAPHIE :

1. Association Américaine de Psychiatrie. **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, texte révisé : DSM-IV-TR.** Washington, 2000. Traduction française : Paris : Masson, 2003
2. Organisation Mondiale de la Santé. **Classification internationale des maladies CIM 10 / ICD 10.** Traduction française : Masson. Paris, 1993.
3. Jean Cottraux. **Les Thérapies Comportementales et Cognitives.** 3^{ème} édition. Masson. Paris, 2003.
4. Serge Tribolet, Mazda Shahidi. **Précis de Sémiologie des Troubles Psychiques.** Heures de France. Thoiry, 2000.
5. Alain Sauteraud. **Le trouble obsessionnel compulsif - Le manuel du thérapeute.** Odile Jacob, 2005.
6. Patrick Hardy. **Le trouble obsessionnel compulsif.** Cours de psychiatrie des DCEM3. Paris, 2003.
7. Alain Sauteraud. **Je ne peux m'arrêter de laver, vérifier, compter - Mieux vivre avec un TOC.** Odile Jacob, 2002.
8. Jean Cottraux. **Les Ennemis Intérieurs - Obsessions et Compulsions.** Odile Jacob, 2005.
9. Shavitt RG, Belotto C, Curi M, Hounie AG, Rosario-Campos MC, Diniz JB, Ferrao YA, Pato MT, Miguel EC. **Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder.** Compr Psychiatry. 2006 Jul-Aug;47(4):276-81. Epub 2006 Apr 19.
10. Eisen JL, Mancebo MA, Pinto A, Coles ME, Pagano ME, Stout R, Rasmussen SA. **Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life.** Compr Psychiatry. 2006 Jul-Aug;47(4):270-5. Epub 2006 Apr 19.
11. Ferrao YA, Shavitt RG, Bedin NR, de Mathis ME, Carlos Lopes A, Fontenelle LF, Torres AR, Miguel EC. **Clinical features associated to refractory obsessive-compulsive disorder.** J Affect Disord. 2006 Jun 7; [Epub ahead of print].
12. Greenberg BD, Pinto A, Mancebo M, Eisen J, Rasmussen SA. **Obsessive-compulsive disorder: recognition across medical settings, and treatments from behavior therapy to neurosurgery.** Med Health R I. 2006 May;89(5):162-5.