UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

Le modèle neurocomportemental : Une nouvelle approche dans la prise en charge cognitivo-comportementale Du trouble obsessionnel compulsif.

THESE

présentée et soutenue publiquement
à la Faculté de Médecine de Nice le 18 septembre 2015
En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
DOCTEUR EN MEDECINE
par

TORT Aurélie
Née le 13 juin 1986 à Pertuis.

Examinateurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Michel BENOIT	Président du jury
Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY	Assesseur
Monsieur le Professeur Philippe ROBERT	Assesseur
Monsieur le Docteur Frédéric FERAL	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno GIORDANA	Assesseur et directeur de thèse

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au **1er décembre 2014** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLESAKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire	Mlle ALLINE Madeleine
M.C.U. Honoraires	M. ARNOLD Jacques M. BASTERIS Bernard Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie Mme DONZEAU Michèle M. EMILIOZZI Roméo M. FRANKEN Philippe M. GASTAUD Marcel M.GIRARD-PIPAU Fernand M. GIUDICELLI Jean M. MAGNÉ Jacques Mme MEMRAN Nadine M. MENGUAL Raymond M. POIRÉE Jean-Claude Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
Mme	LEBRETON Élisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	M.ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)

M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie plastique
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)

M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
M.	PRENTKI Marc	Biochimie et Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CHATTI Kaouthar	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	DARMON David	Médecine Générale
MI.	GARDON Gilles	Médecine Générale
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	QUARANTA Jean-François	Santé Publique

A Monsieur le Professeur BENOIT,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail de thèse et de présider ce jury,
Recevez toute ma reconnaissance pour l'intérêt que vous y avez porté.
Je vous remercie pour la richesse de votre enseignement et la pertinence de vos conseils cliniques.
Soyez assuré de l'expression de mon profond respect et de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Professeur PRINGUEY,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail,
Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements pour l'intérêt que vous y avez porté.
Je vous remercie pour l'accueil chaleureux que vous avez toujours prodigué aux internes, ainsi que pour votre implication dynamique dans notre formation théorique et dans l'apprentissage de notre métier.
Je vous prie d'accepter l'expression de mon plus profond respect et de ma haute considération

A Monsieur le Professeur ROBERT,

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez bien voulu porter à ce travail et de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse,
Soyez assuré de toute ma reconnaissance pour l'enseignement de qualité dont vous nous faites bénéficier.
Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma respectueuse considération.

A Monsieur le Docteur FERAL,

Je te suis très reconnaissante de me faire l'honneur d'apporter tes connaissances à la critique de ce travail.
Ma participation aux séances de supervision de TCC que tu animes a été très enrichissante et motivante pour poursuivre mon investissement dans mon apprentissage des TCC. Ce fut par ailleurs un temps très agréable et je te remercie pour ta gentillesse, ta patience et ton implication.
Je te remercie également de m'avoir permis d'intégrer l'Association Azuréenne de TCC alors que j'étais encore en formation.
Sois assuré de toute mon estime et de mon respect.

A Monsieur le Docteur GIORDANA,

Tu m'as fait l'honneur de me confier ce sujet de thèse et d'accepter de diriger ce travail.
Je te remercie pour tes conseils, ton implication et ton enthousiasme tout au long de sa réalisation.
Bien au-delà de ce travail, j'ai particulièrement apprécié travailler à tes côtés tout au long de mon internat. J'ai débuté ma formation en psychiatrie adulte dans ton service où j'ai beaucoup appris, et où j'ai commencé à aimer mon métier. Tu m'as ensuite encouragée dans ma démarche pour me former aux TCC et surtout dans mes premières tentatives de mise en application de ces thérapies dans ma pratique. Ton renforcement positif constant m'a permis de persévérer et de progresser.
Tu m'as également permis de découvrir les multiples facettes du trouble obsessionnel compulsif et de maîtriser aujourd'hui beaucoup mieux la prise en charge de cette pathologie qui me semblait très obscure au début de mon internat.
Je te remercie pour la disponibilité dont tu as toujours fait preuve.
Je t'adresse toute ma reconnaissance et ma sincère gratitude.

A tous les médecins que j'ai rencontrés et avec lesquels j'ai travaillé tout au long de mon internat, et qui m'ont permis de me former et de progresser dans l'apprentissage de l'exercice de la psychiatrie :

En psychiatrie adulte,
Au Docteur TEADI, pour sa guidance lors de mes « premiers pas » en service de psychiatrie adulte.
Au Docteur CLAD, pour la transmission de ses connaissances et de son savoir-faire lors des supervisions de psychiatrie de liaison, ainsi que pour ses encouragements et ses conseils pour ma formation aux TCC.
Au Docteur Jean-Yves GIORDANA, pour la transmission de ses connaissances et de son expérience, pour ses encouragements et sa confiance vers l'autonomisation.
Au Docteur MALLET, pour son soutien et ses conseils lors de mes premiers suivis de patients au CMP.
Aux médecins du CAP : Docteur JOVER, Docteur THIERY, Docteur BUISSE, Docteur GUGHENEIM ; qui m'ont permis d'évoluer dans mes capacités de synthèse et de prises de décision. Pour leurs encouragements, leur bienveillance et leur gentillesse.
Au Docteur SIEFERT-BOUKAIDI, avec qui j'ai eu beaucoup de plaisir à travailler, pour la richesse de ses connaissances, son implication pour les patients et sa gentillesse.
Au Docteur CHERIKH, pour m'avoir fait découvrir un autre mode d'exercice de la psychiatrie à travers la psychiatrie de liaison. Pour son accueil chaleureux, et sa disponibilité. Pour m'avoir fait confiance en m'adressant sa patiente, dans le cadre de ce travail de thèse.
Au Docteur HAMM, pour son dynamisme, son implication, et ses conseils.

En pédopsychiatrie,
Au Professeur ASKENAZY et au Docteur DOR pour la transmission de leurs connaissances.
Au Docteur MENARD pour son dynamisme, sa bonne humeur, son implication auprès des patients.
Au Docteur RENAUD, pour ses nombreux conseils, sa bienveillance et son soutien.
A Marseille, au Professeur DA FONSECA, tout d'abord pendant mon externat, pour avoir suscité l'envie de choisir cette spécialité, puis pour m'avoir accueillie pour mon dernier semestre d'interne en inter-CHU.
Au Docteur ROUVIERE, pour la transmission de son expérience de la pédopsychiatrie, pour sa disponibilité dans la supervision des suivis et sa gentillesse.

Aux médecins que j'ai rencontrés dans le cadre de l'AATCC, et notamment au Docteur MAZZOLA, pour m'avoir fait confiance dans la prise en charge de la dernière patiente qui fait l'objet de ce travail.

A Monsieur GRAZIANI et à l'ensemble des intervenants du Diplôme Universitaire de TCC de la Faculté d'Aix-Marseille, pour leur enseignement et la transmission de leurs expériences cliniques.
A tous les collègues du DU, avec lesquels j'ai partagé de très bons moments au cours de ces deux années de formation.

Aux équipes soignantes successives avec lesquelles j'ai eu le plaisir de travailler :
Aux équipes de pédopsychiatrie de Lenval, de l'équipe mobile et de l'hôpital de jour.
A l'équipe du M2A, auprès de laquelle j'ai passé un excellent semestre.
A l'équipe de Sainte Lucie, pour leur bienveillance.
A l'équipe du CAP, pour leur accueil et leur bonne humeur.
A l'équipe du M1A, pour leur sympathie et leur implication.
A l'équipe du CMP de Marseille, et notamment à Aude pour son soutien pendant la rédaction de cette thèse.

A tous mes co-internes, pour les moments partagés tout au long de l'internat.

Aux patients, qui m'ont permis d'évoluer, et notamment aux trois patientes qui font l'objet de cette thèse.

A ma famille, qui m'a accompagnée et soutenue tout au long de mes études, particulièrement mes parents.
A Vincent pour sa présence et sa patience pendant les heures de travail.
A la mémoire de ma tatie et marraine, pour ses encouragements et sa bienveillance lors de ses coups de fil pendant mes premières années de médecine.

Table des matières

Introduction 1

I. Le trouble obsessionnel compulsif dans les approches classiques 3

A) Historique 3

B) Epidémiologie 3

C) Clinique du TOC 5

1) Obsessions 5
2) Compulsions 6
3) Anxiété 7
4) Evitements 7
5) La balance obsessions/compulsions 7
6) Le syndrome obsessionnel compulsif (SOC) 8
7) Les modèles dimensionnels actuels 8
8) Vers une approche dimensionnelle du spectre du TOC , à travers la présentation d'un bipôle impulsion-compulsion 9

D) Diagnostic 10

E) Comorbidités 12

1) Les autres troubles anxieux 12
2) La dépression 12
3) Les autres troubles du spectre obsessionnel compulsif 13
4) Tics 13
5) Troubles du comportement alimentaire 13
6) Schizophrénie, trouble schizoaffectif et trouble bipolaire 13
7) Maladie de Gilles de la Tourette 13
8) Troubles de personnalité 14

F) Diagnostics différentiels 14

1) Les autres troubles anxieux 14
2) La dépression 15
3) La personnalité obsessionnelle compulsive 15
4) Les autres troubles du spectre obsessionnel compulsif 16
5) Tics et mouvements stéréotypés 16
6) Troubles du comportement alimentaire 16
7) Schizophrénie ou autres troubles psychotiques 16
8) Autres comportements d'allure compulsive : paraphilies, jeux pathologique, etc. 17

G) Les enjeux : pourquoi soigner le TOC ? 17

H) Les théories psychologiques 18

1) Les premiers modèles de Janet et Freud : 18
2) Les modèles comportementaux : 18
3) Les modèles cognitifs : 19
4) Le modèle de dysfonctionnement du système de détection d'erreur : 21
5) Les apports de la neuropsychologie 21
   a) Hypothèse d'un déficit mnésique : 22
   b) Hypothèse d'un déficit métacognitif : 22
   c) Hypothèse d'un déficit de flexibilité et d'inhibition : 22
   d) Hypothèse d'un déficit attentionnel : 23
   e) Hypothèse d'une hyperdétection de l'erreur : 23

I) Les modèles neurobiologiques 24

1) Eléments de neuro-anatomie 24

2) Corrélats neuronaux des déficits neuropsychologiques 25
3) Corrélats neuronaux des symptômes obsessionnels compulsifs 26
4) Les modèles neurobiologiques 27
a) Modèle de Baxter 27
b) Modèle de Schwartz 28

J) Les traitements du TOC 29
1) Conférence de consensus 29
2) La Haute Autorité de Santé (HAS) 29
3) Traitements pharmacologiques 29
4) TCC 31
5) rTMS 32
6) Stimulation cérébrale profonde (DBS : Deep Brain Stimulation) 32

K) Techniques de TCC classiques dans le TOC 33
1) Principes théoriques 33
2) Analyse fonctionnelle 33
3) Techniques comportementales 34
4) Techniques cognitives 36
5) Thérapie cognitive ou comportementale ? Résultats des études évaluant l'efficacité des différentes techniques : 38

II. Limites des approches classiques et présentation d'un nouveau modèle explicatif et thérapeutique dans le trouble obsessionnel compulsif : le modèle neurocomportemental. 40

A) Limites des TCC classiques 40
1) Limites des techniques comportementales 40
2) Limites des techniques cognitives 42

B) Discussion des modèles existants 43
1) Les modèles de Janet et Freud 43
2) Les modèles cognitifs et comportementaux 43
3) Le modèle d'hyperdétection de l'erreur 44
4) Les théories neuropsychologiques 45
a) L'hypothèse d'un déficit mnésique 45
b) L'hypothèse d'un déficit métacognitif 45
5) Les modèles neurobiologiques 45

C) Un nouveau modèle explicatif : le modèle neurocomportemental 47

D) La thérapie neurocomportementale des TOC 50
1) La psychoéducation du patient 50
2) La psychoéducation de l'entourage 52
3) La restructuration cognitive 52
4) Evaluation préliminaire de l'efficacité de la psychoéducation dans le cadre d'une psychothérapie du TOC 53
5) Techniques comportementales : principes et mécanismes sous-jacents 54
a) La contamination totale 54
b) Le décalage 55
c) La provocation et le sabotage 56
d) La nomination et le laisser couler 57
e) La lutte contre les évitements 59

E) Application des techniques 60
1) Protocole d'application de la contamination totale : 60
2) Rituels de symétrie, de perfection des gestes 62
3) Rituels d'annulation de pensée avec répétition d'action 63
4) Rituels d'annulations de pensées sans répétition d'action 63
5) Obsessions agressives et « phobies d'impulsion » 64
6) Vérifications, remémorations 65

III. Illustration de l'application de la thérapie neurocomportementale du TOC à travers 3 cas cliniques_____70

1) Mme C : Rituels multiples : Vérifications, symétrie, lavage, rituels internes mentaux _____ 70

1ère consultation : anamnèse. _____ 70
2ème consultation : poursuite de la description du TOC et abord de la psychoéducation. _ 73
3ème consultation : abord des obsessions agressives et poursuite de la psychoéducation. _ 74
4ème consultation : début de mise en pratique de la technique du décalage._____ 75
5ème consultation : application du décalage et explication du sabotage._____ 75
6ème consultation : psychoéducation de la nécessité de supprimer les évitements. _____ 77
7ème consultation : psychoéducation et exercices face aux obsessions agressives. _____ 78
8ème consultation : exercices face aux vérifications précédant le départ de la maison. ___ 79
9ème consultation : bilan des progrès réalisés et poursuite des exercices._____ 80
10ème consultation : bilan des exercices réalisés et conseils pour les optimiser. _____ 81
11ème consultation : recherche de stratégies face au TOC de symétrie pour le rangement du linge qui persiste._____ 82
12ème consultation : poursuite des exercices, et nouvelle évaluation de la sévérité._____ 83
13ème consultation : dégradation thymique _____ 84
14ème consultation : perdue de vue. _____ 85
Bilan : _____ 85

2) Mme B : Obsessions de souillure et rituels de lavage _____ 86

1ère consultation : définition du cadre de cette nouvelle prise en charge et des objectifs généraux avec la patiente. _____ 86
1ère et 2ème consultations : anamnèse._____ 87
3ème consultation : psychoéducation et explication des techniques thérapeutiques _____ 93
4ème consultation : Réflexions sur les modalités d'application de la technique de contamination totale. _____ 94
5ème consultation : début d'application de la contamination totale. _____ 96
6ème consultation : progression de la contamination e poursuite des autres techniques. __ 97
7ème consultation : poursuite des progrès et nouveaux exercices pour finir d'éliminer le TOC. _____ 97
8ème consultation : fin de la prise en charge_____ 99
Bilan : _____ 100

3) Mlle A : Obsessions de malheur et rituels conjuratoires _____ 101

1ère consultation : anamnèse. _____ 101
2ème consultation : évaluations initiales._____ 106
3ème consultation : psychoéducation et premiers exercices à réaliser. _____ 107
4ème consultation : premières applications des exercices et difficultés de motivation.___ 109
5ème consultation : exposition en imagination aux obsessions agressives. _____ 112
6ème consultation : la lutte contre les évitements._____ 113
7ème consultation : bilan des exercices réalisés avec succès, et définitions des aspects restants à travailler. _____ 116
8ème consultation : succès du sabotage et de la provocation, de la contamination totale et de la lutte contre les évitements._____ 119
9ème consultation : nouvelle évaluation de la sévérité avec une évolution favorable. ___ 120
Bilan : _____ 121

Discussion_____122

Conclusion _____124

Annexes _____126

Bibliographie _____139

Serment d'Hippocrate_____151

Introduction

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est une maladie neuropsychiatrique, décrite depuis plusieurs siècles, dont la symptomatologie peut-être très disparate en fonction des patients. Elle est aujourd'hui reconnue par l'ensemble des professionnels de santé comme une pathologie pouvant être très invalidante du fait de son retentissement fonctionnel, tant social, personnel, familial que professionnel. Les recherches en psychologie, psychiatrie et neurosciences s'y intéressent donc depuis de nombreuses années, afin de pouvoir mieux appréhender et prendre en charge cette maladie. Plusieurs modèles ont été proposés pour tenter d'expliquer comment fonctionne le TOC, et quelles relations existent entre les différents symptômes.

Après une brève description clinique du TOC, seront présentés dans la première partie de ce travail les divers modèles explicatifs de ce trouble élaborés par les différentes théories psychologiques, enrichies ensuite par les modèles neurobiologiques. Puis seront présentées rapidement les différentes thérapeutiques pouvant être utilisées. Les traitements médicamenteux, notamment par inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) permettent actuellement l'amélioration clinique d'environ deux tiers des patients pris en charge. Cependant, ces moyens thérapeutiques présentent des limites puisqu'une partie des patients restent résistants, et que la grande majorité ne sont améliorés que partiellement, les cas de guérison restant minoritaires.

Dans une deuxième partie, seront tout d'abord présentées une réflexion sur les limites des modèles explicatifs du TOC exposés précédemment, et les limites des techniques psychothérapeutiques cognitivo-comportementales utilisées jusqu'à présent, au regard des données actuelles de la littérature et d'observations cliniques. En effet, les mécanismes sous-tendant cette pathologie, tant sur le plan cognitivo-comportemental que neurobiologique restent incertains et continuent à faire l'objet de recherche. Les données scientifiques et théoriques les plus modernes permettent aujourd'hui d'appréhender plus efficacement le fonctionnement de ce trouble. Le développement des techniques neuroscientifiques a permis de proposer d'autres explications du trouble et de s'ouvrir vers de nouvelles techniques thérapeutiques. Ainsi, à partir de la littérature scientifique, de l'évolution des concepts théoriques, et d'une réflexion concernant les limites des techniques psychothérapeutiques

habituellement utilisées en thérapie cognitivo-comportementale (TCC), la théorie neurocomportementale, présentée dans ce travail, propose de nouveaux outils thérapeutiques qui seront explicités ensuite. Ce nouveau modèle explicatif, développé récemment par l'équipe de Vincent Trybou, Anne-Hélène Clair, Luc Mallet, Elie Hantouche et Margot Morgiève (qui seront présentés plus loin), est encore peu connu et modifie assez radicalement les conceptions de la maladie décrites jusqu'à présent qui avaient pour dénominateur commun que des obsessions inaugurales entrainaient de l'anxiété qui conduisaient à des comportements compulsifs dans le but de réduire cette anxiété. Ici les auteurs proposent un modèle dans lequel l'origine biologique du trouble est prépondérante, ainsi que la primauté des rituels, qui seraient responsables secondairement de l'ensemble des autres symptômes : anxiété, doute et obsessions.

Personnellement, j'ai tout d'abord été formée aux techniques de TCC classiques lors de ma formation dans le cadre du Diplôme Universitaire de TCC. Puis j'ai été amenée à découvrir cette nouvelle approche grâce à l'ouvrage des auteurs cités ci-dessus *:* « *Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs : nouvelles approches* ». J'ai tenté d'appliquer les techniques psychothérapeutiques qu'ils proposent en consultation avec des patients souffrant de TOC. La dernière partie de ce travail présente donc le suivi de trois patientes souffrant de TOC, chacune avec des modalités, des thématiques et une sévérité différentes. Cette diversité a permis de mettre en place des techniques adaptées pour chacune d'entre elles, et d'illustrer ainsi de manière relativement exhaustive l'ensemble des nouveaux outils thérapeutiques proposés par le modèle neurocomportemental. Je ne prétends pas démontrer l'efficacité de la thérapie neurocomportementale, ni sa supériorité par rapport aux approches plus classiques. L'objet de ce travail est de présenter une nouvelle conceptualisation du TOC encore peu connue : le modèle neurocomportemental ; et les techniques psychothérapeutiques qui en découlent en les illustrant au travers de cas cliniques.

I. Le trouble obsessionnel compulsif dans les approches classiques

A) Historique

(Cottraux 2004, Guelfi 2012)

Dès 1838, J.E. Esquirol caractérise ce trouble comme une « monomanie intellectuelle ».

En 1875, H. Legrand du Saulle effectue la première synthèse du TOC.

En 1903, P. Janet consacre un ouvrage à cette pathologie, et élabore le concept de psychasthénie.

Freud explique la symptomatologie obsessionnelle à partir de la théorie psychanalytique, et intègre la symptomatologie obsessionnelle et compulsive au sein d'un désordre de la personnalité qualifié de « névrose obsessionnelle ». Sur le plan clinique, il décrit cette névrose comme un mode de relation contraignant du sujet vis-à-vis de son entourage reposant sur le sens de la responsabilité et le refus du plaisir.

En 1980, le terme « névrose » est remplacé par celui de « trouble » du fait de l'usage des classifications internationales et de l'approche catégorielle.

B) Epidémiologie

Prévalence :

Les études épidémiologiques réalisées en population générale retrouvent une prévalence du TOC variant entre 2 et 3 % sur la vie entière et entre 1,1 et 1,8 % sur 1 an.(DSM-5 ; Robins et al. 1984)

Dans une population de consultants en psychiatrie, une étude réalisée sur 4367 patients retrouve une proportion de patients souffrant de TOC de 9,2 % et souffrant de syndrome obsessionnel compulsif de 16,8 % (Guelfi, 2012).

Sex ratio et âge de début :

Le sex-ratio est proche de 1, avec un taux légèrement supérieur chez la femme que chez l'homme à l'âge adulte (DSM-5), mais certaines caractéristiques apparaissent différemment selon le sexe. Le TOC débuterait de façon plus précoce chez l'homme (7ans) que chez la femme (13-15 ans) (Delorme 2005). Les femmes seraient plus susceptibles d'avoir des symptômes dans le domaine du nettoyage, et les hommes dans les domaines de pensées interdites et de symétrie.

Pour la majorité des sujets, le TOC se caractérise par un âge de début précoce. Aux Etats-Unis, l'âge moyen de début est de 19,5 ans, et 25 % des cas débutent vers l'âge de 14 ans. Un début après 35 ans est inhabituel (DSM5). Deux types de population peuvent être distinguées. La première, la plus importante, concerne des sujets avec un âge de début précoce et une apparition progressive des manifestations obsessionnelles et compulsives. La seconde concerne des patients présentant un TOC de survenue plus tardive (25-40 ans) avec une apparition rapide des troubles, le plus souvent à la suite d'un évènement de vie traumatisant ou d'un épisode dépressif caractérisé (Millet 2004).

Facteurs de risque et pronostiques :

- tempéramentaux : Une tendance à internaliser les symptômes, une émotionnalité négative plus grande et une inhibition comportementale durant l'enfance sont des facteurs de risque possibles.

- environnementaux : Des abus physiques ou sexuels durant l'enfance ou d'autres évènements stressants ou traumatiques ou un syndrome auto-immun post-infectieux et divers agents infectieux ont été associés à un risque accru de développer un TOC.

- génétique : Le taux de TOC chez les apparentés biologiques de premier degré de sujets adultes ayant un TOC est environ le double de celui des apparentés de premier degré de sujet n'en souffrant pas, et est dix fois plus important dans le cas où le TOC a débuté dans l'enfance ou l'adolescence.

Evolution :

En l'absence de traitement, l'évolution est habituellement chronique, épisodique chez certains sujets, plus rarement d'aggravation progressive. Le taux de rémission spontanée n'est que de 20 % au bout de 40 ans (DSM-5). L'évolution est souvent compliquée par la concomitance d'autres troubles.

Retentissement fonctionnel :

Le TOC est responsable d'une diminution de la qualité de vie, et d'une altération importante sur les plans social, familial et professionnel, du fait d'une part du temps passé à accomplir des compulsions et présenter des obsessions, et d'autre part du fait des évitements des situations provoquant le TOC.

C) Clinique du TOC

(Cottraux 2005, Sauteraud 2002 et 2004)

Le TOC, comme son nom l'indique, associe des obsessions, des compulsions, mais aussi de l'anxiété et, souvent, des évitements. Voici les définitions et les explications de ces différents symptômes :

1) Obsessions

Une obsession est une idée incoercible parasitant la pensée du sujet, et qui exprime un danger : le sujet craint de provoquer un dommage, un préjudice ou un malheur s'il n'y prend pas garde. Ces obsessions sont des pensées (ou des images) pénibles qui font intrusion dans l'esprit de manière répétitive et persistante, et sont gênantes sur le plan moral. Elles s'imposent contre la volonté, et sont sources d'anxiété ou de détresse.

A la différence des troubles phobiques où le danger est extérieur, le sujet souffrant de TOC craint de provoquer un malheur par lui-même à cause de son inattention ou de sa négligence. Il ne s'agit pas simplement de soucis excessifs à propos de problèmes de la vie réelle, comme dans le trouble anxieux généralisé. Le sujet reconnait que les obsessions sont le produit de son esprit et ne sont pas imposées de l'extérieur. Il tente de les ignorer ou de les neutraliser par une autre pensée ou une autre action.

Il existe une quasi infinité de thèmes obsédants, que l'on peut cependant résumer en 4 thèmes principaux :

- Obsessions de souillure (les plus fréquentes) : Le contact physique est redouté, conduisant à des obsessions de souillure où la saleté est vécue comme insupportable, ou bien à des obsessions de contamination (germes, maladie, irradiation…)

A la différence d'un trouble phobique, l'évitement ne rassure jamais totalement le sujet qui craint toujours de n'avoir pas assez pris de précautions.

La compulsion la plus fréquemment associées est le lavage excessif.

- Obsessions d'erreur, de doute, de désordre (deuxième thème le plus fréquent) : Le sujet craint de provoquer une catastrophe par insouciance ou imprécision.

  La compulsion la plus fréquemment associée est la vérification excessive, les rituels de rangement, de symétrie.
- Obsessions agressives ou « phobies d'impulsion » : elles consistent en des craintes d'agresser, tuer ou violer, le plus souvent des êtres chers, ou parfois simplement la peur d'être scandaleux. Les obsessions sexuelles sont donc d'une thématique proche par les aspects de violence et de scandale.
- Obsessions de malheur et de superstition : il s'agit de la crainte de porter malheur à soi-même ou autrui. Dans ce vaste thème, il peut par exemple s'agir de superstition liée aux chiffres, aux couleurs, aux formes, ou d'obsessions de malheur plus floues. Les obsessions religieuses, où le patient craint de provoquer les dieux en est un autre exemple.

2) Compulsions

Les compulsions, aussi appelées « rituels », sont des actes stéréotypés, le plus souvent répétés un nombre de fois propre à chaque sujet. Il s'agit d'un comportement excessif dans sa finalité et sa durée. Il peut s'agir d'un comportement moteur ou d'un acte mental.

Il existe une grande variété de rituels différents. Les thématiques les plus fréquemment retrouvées sont les compulsions :

- De lavage.
- De vérification avec notamment les rituels d'ordre, de symétrie, de rangement, de perfectionnisme. Dans cette catégorie, on pourrait classer le syndrome dit de « lenteur primaire » où les patients doivent utiliser des rituels particuliers pour s'habiller et accomplir les actes de la vie quotidienne.
- D'accumulation : Les patients « collectionneurs ou amasseurs » éprouvent le besoin de conserver un certain nombre d'objets inutiles à leur domicile, sans pouvoir en expliquer les raisons exactes.

- Conjuratoire, soit avec des rituels internes mentaux (compter, se dire des phrases, des prières…) soit avec des rituels externes (compulsions de répétition, du toucher…)

3) Anxiété

C'est une composante essentielle du TOC, qui lui a d'ailleurs valu sa classification au sein des troubles anxieux dans le DSM-IV, bien que ça ne soit plus le cas actuellement dans le DSM-V. Il s'agit d'une anxiété de fond, lancinante, pénible, pouvant durer de quelques minutes à plusieurs heures dans la journée. Elle est provisoirement et plus ou moins partiellement calmée par l'accomplissement des rituels. Elle est influencée par des situations particulières.

4) Evitements

Les évitements consistent à ne pas affronter ou à contourner une situation, un lieu ou une action connus pour déclencher des obsessions et des rituels. Les évitements permettent au patient de ne pas se confronter aux situations à l'origine d'obsessions.

Demander à l'entourage de faire à sa place certains actes constitue un évitement.

5) La balance obsessions/compulsions

Le TOC se compose classiquement d'obsessions et de compulsions ayant un poids relativement égal dans leur sévérité. Mais certaines symptomatologies sont particulières et sont composées presque exclusivement d'obsessions ou de compulsions. Trois facteurs syndromiques ont donc été mis en évidence :

- Le TOC à dominance compulsive
- Le TOC à dominance obsessionnelle
- La forme mixte du TOC.

6) Le syndrome obsessionnel compulsif (SOC)

Il existe un continuum allant d'un fonctionnement normal à un envahissement presque total du quotidien, en passant par le SOC, qui comporte les mêmes caractéristiques symptomatiques concernant les obsessions et compulsions, mais sans prendre les mêmes proportions chronophages ni de retentissement fonctionnel comme dans le TOC.

Le SOC toucherait 5-6 % de la population générale (Degonda, 1993). Son évolution est variable, allant de la rémission spontanée, la stagnation ou l'évolution vers un TOC.

7) Les modèles dimensionnels actuels

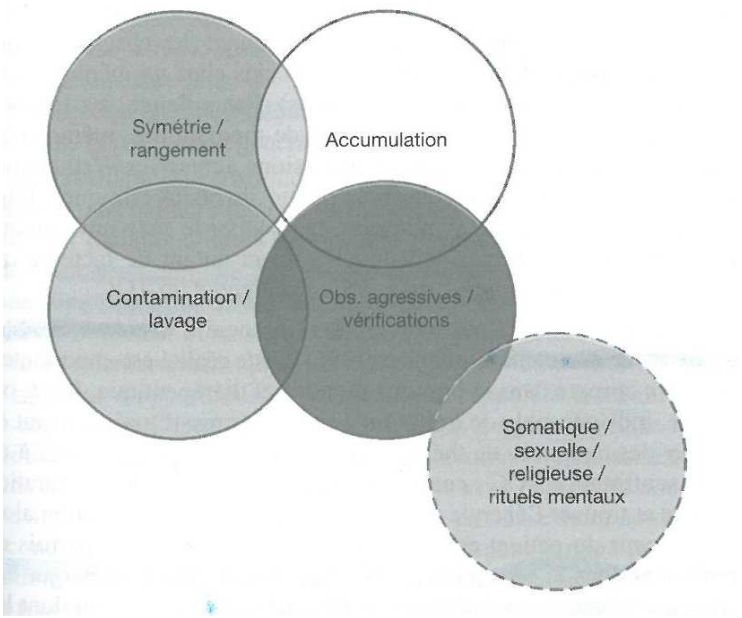
Parmi les différentes thématiques des obsessions et compulsions décrites précédemment, de nombreux patients en présentent plusieurs simultanément. Devant cette hétérogénéité, des modèles ont tenté de regrouper des sous-types cliniques, en se basant sur des techniques d'analyses factorielles.

La check-list de la Y-BOCS (Goodman, 1989) a permis d'étendre l'exploration symptomatique à des domaines plus variés par rapport aux auto-questionnaires (Maudsey Obsessionnal Compulsive Inventory (MOCI) (Hodgson, 1977) ; inventaire de Padoue (Sanavio, 1988)). Trois à sept dimensions cliniques distinctes ont ainsi été mises en évidence dans les études utilisant cette check-list (Denys 2004, Mataix-Cols, 1999).

Les classifications de Leckman (1997) et de Mataix-Cols (1999, 2006) sont les plus utilisées actuellement. Leckman distingue quatre dimensions :

- Lavage et contamination
- Obsessions agressives et vérifications
- Accumulation
- Symétrie et rangement.

Mataix-Cols y ajoute la dimension des obsessions sexuelles, religieuses et des rituels mentaux.



Représentation schématique des 4 facteurs de Leckman (1997)
Et du 5ème facteur isolé de Mataix-Cols (1999, 2006)

Des études récentes retrouvent des déficits neuropsychologiques de nature différente (Omori, 2007 ; Nedeljkovic, 2009) et des processus particuliers du traitement de l'information anxiogène (Moritz, 2008) en fonction du sous-type clinique des patients. D'autres études en neuro-imagerie, montrent l'existence de corrélats neuronaux distincts en fonction des dimensions cliniques (Van Den Heuvel 2008 ; Gilbert 2008).

8) Vers une approche dimensionnelle du spectre du TOC , à travers la présentation d'un bipôle impulsion-compulsion

(Doumy et Aouizerate, 2014)

Le spectre du TOC regroupe des affections telles que le TOC, les troubles du contrôle des impulsions comme la trichotillomanie et la maladie de Gilles de la Tourette, mais aussi les troubles somatoformes tels que l'hypocondrie et l'obsession de dysmorphie corporelle.

Ce spectre clinique peut être présenté selon une approche davantage dimensionnelle, sous la forme d'un bipôle impulsion-compulsion, reposant sur la notion d'incapacité à résister à des pensées intrusives, avec la mise en place de comportements répétitifs destinés à réduire l'anxiété générée par ces pensées.

A l'une des extrémités du bipôle, se trouve **l'impulsion**, qui correspond à l'action d'une force incoercible et soudaine, conduisant à l'exécution d'un comportement qui échappe au

contrôle volontaire du sujet, qui ne parvient pas à moduler son comportement en réponse à un changement environnemental.

A l'autre extrémité du bipôle, **la compulsion** correspond à un comportement ou un acte mental répétitif, réalisé selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible, en réponse à l'anxiété générée par une obsession, qui peut être une pensée, une impulsion ou une représentation récurrente, persistante, intrusive et inappropriée.

L'intérêt de cette stratégie conceptuelle et de s'inscrire dans une démarche physiopathologique et thérapeutique qui n'est plus celle d'un seul trouble, mais celle d'une dimension toute entière.

D) Diagnostic

Il repose sur la présence d'obsessions et de compulsions (minimum une heure par jour) et sur la reconnaissance de leur caractère excessif ou déraisonnable. (APA, DSM – 5)

Dans le DSM - 5, le TOC ne fait désormais plus partie du chapitre sur les troubles anxieux, mais se situe dans un nouveau chapitre : « Troubles obsessionnels compulsifs et apparentés », qui comprend également :

- l'obsession d'une dysmorphie corporelle,
- la thésaurisation pathologique ou syllogomanie,
- la dermatillomanie ou triturage pathologique de la peau,
- la trichotillomanie ou arrachage compulsif de ses propres cheveux, qui appartenait dans le DSM-IV à la catégorie « trouble du contrôle des impulsions non classées par ailleurs »
- le TOC ou apparenté induit par une substance ou un médicament,
- le TOC ou apparenté dû à une autre affection médicale,
- l'autre TOC ou apparenté spécifié,

Et le TOC ou apparenté non spécifié.

Ce nouveau chapitre fait immédiatement suite à celui des troubles anxieux du fait des relations étroites qu'ils entretiennent. Ces nouvelles entités qui viennent d'être regroupées, se recoupent fréquemment et les cliniciens sont donc encouragés à rechercher ces affections chez un sujet qui présente l'une d'elle. En effet, ces troubles sont tous caractérisés par l'impossibilité de résister à une préoccupation vécue comme intrusive, que le sujet ne peut contrôler, ou alors au prix d'un effort important, et face à laquelle il se sent dans l'obligation

de répondre par la réalisation de comportements répétitifs. L'ensemble de ces troubles du spectre du TOC, ont montré en neuro-imagerie un dysfonctionnement des boucles fronto-sous-corticales.(Doumy et Aouizerate, 2014).

Les critères permettant de poser le diagnostic de TOC sont donc :

A . Présence d'obsessions, de compulsions ou des deux.

Obsessions définies par (1) et (2) :

1. Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets.
2. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (c'est-à-dire en faisant une compulsion).

Compulsions définies par (1) et (2) :

1. Comportements répétitifs (par exemple se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (par exemple 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 l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un évènement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'il se proposent de neutraliser ou prévenir, soit manifestement excessifs.

   NB : Les jeunes enfants peuvent être incapables de formuler les buts de ces comportements ou de ces actes mentaux.

B. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (par exemple prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ni à une autre affection médicale.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental.

Par rapport au DSM-IV :

- La spécification « avec peu d'insight » a été précisée, distinguant les patients présentant une bonne conscience du trouble, une mauvaise conscience, ou une absence de prise de conscience avec des croyances délirantes. Un moins bon insight est associé à un plus mauvais pronostic à long terme.
- Une spécification « en relation avec des tics » a également été ajouté car la présence de tics comorbides peut avoir un retentissement important, et car ces patients ont tendance à se différencier quant aux thèmes de leurs symptômes, la comorbidité, leur évolution et quant au mode de transmission familiale.

Des difficultés diagnostiques peuvent être rencontrées :

- Chez les patients souffrant de TOC avec un mauvais insight, car les symptômes sont banalisés ou rationnalisés, et la critique du comportement est médiocre.
- Chez les patients souffrant d'un fort sentiment de honte, car ils vont chercher à dissimuler au maximum leurs symptômes, y compris au thérapeute.

E) Comorbidités

Les sujets souffrant de TOC présentent un autre trouble dans deux tiers des cas. La comorbidité avec un épisode dépressif caractérisé, un trouble anxieux ou un trouble de la personnalité, est un facteur de péjoration de la réponse au traitement par antidépresseur.

1) Les autres troubles anxieux

60 à 76 % (DSM-5 et Sauteraud 2002) des patients souffrant de TOC présenteraient concomitamment l'existence d'un trouble anxieux : phobie simple, phobie sociale ou trouble panique.

2) La dépression

Sur la vie entière, la dépression serait la maladie associée au TOC la plus fréquente (67%) (Okasha 2000). Près de la moitié des patients souffrant de TOC présentent à un moment des idées suicidaires et un quart feront une tentative de suicide.

3) Les autres troubles du spectre obsessionnel compulsif

listés dans la nouvelle classification du DSM 5.

4) Tics

La comorbidité est bidirectionnelle et varie entre 20 et 60 % selon les études (Worbe 2010). Cette comorbidité est plus fréquente chez les hommes dont le TOC a débuté dans l'enfance. Le TOC des patients souffrant de tics est généralement de nature plus compulsive. Une triade TOC, tic, trouble hyperactif avec déficit de l'attention peut se voir chez les enfants.

5) Troubles du comportement alimentaire

10 à 17 % des patients souffrant de TOC ont une histoire d'anorexie associée (Attiullah 2000).

6) Schizophrénie, trouble schizoaffectif et trouble bipolaire

Chez les patients souffrant de schizophrénie ou de trouble schizoaffectif, la prévalence du TOC est environ de 12 % (DSM 5) ou 8 à 20 % (Ohta, 2003). Les taux sont également élevés dans les **troubles bipolaires** (10 à 20 %) (Adam, 2012) .

7) Maladie de Gilles de la Tourette

Il s'agit d'une maladie rare (4/10 000) débutant dans l'enfance ou adolescence, consistant en des tics. Un tic est un mouvement du à la contraction soudaine, rapide et répétée d'un ou plusieurs muscles. A l'inverse d'une compulsion, il n'y a pas d'intention du sujet, il n'y a pas de pensée ni d'anxiété précédant le tic, mais plutôt une tension intérieure. Le tic n'est pas déclenché par une situation particulière comme les rituels, mais survient généralement aux moments de fortes émotions. Ces tics moteurs sont associés à des tics vocaux.

Seulement 7% des personnes souffrant de TOC souffrent aussi de Syndrome de Gilles de la Tourette. Tandis qu'un tiers des sujets souffrant de Maladie de Gilles de la Tourette souffrent aussi de TOC (Robertson 1988).

Le traitement diffère assez nettement du traitement d'un TOC isolé.

8) Troubles de personnalité

Dans les études, près de 75 % des patients souffrant de TOC ont un diagnostic de trouble de la personnalité. Une étude (Rodrigues Torres 1995) retrouve les résultats suivants : 70 % des patients avaient au moins un diagnostic de trouble de personnalité :

- Evitante : 52,5 %
- Dépendante : 40 %
- Histrionique : 20 %
- Paranoiaque : 20 %
- Obsessionnelle Compulsive : 17,5 %
- Narcissique : 7,5 %
- Schizotypique : 5 %
- Passive Agressive : 5 %

D'autres études confortent la notion que la personnalité obsessionnelle compulsive n'est pas particulièrement associée au TOC.

Par ailleurs, d'autres études ont montré que la plupart des troubles de personnalité s'amélioraient avec l'amélioration du TOC, d'où l'hypothèse que ces troubles de personnalité associés seraient davantage un mode adaptatif et non une caractéristique stable.

F) Diagnostics différentiels

1) Les autres troubles anxieux

Le trouble panique : Les attaques de paniques peuvent être associées à des sensations alarmantes *(ex : impression de s'évanouir, de devenir fou, de faire une attaque…)* mais qui sont brèves et ne persistent pas après l'attaque de panique contrairement aux obsessions du TOC. On peut retrouver, comme dans le TOC, des évitements des situations déclenchant le trouble, mais la clinique du trouble en question est différente.

Les phobies spécifiques : En dehors des situations « phobogènes » déclenchant l'angoisse, le sujet se sent parfaitement bien. En revanche, dans le TOC, le sujet n'est jamais complètement rassuré, même en cas d'évitement. La présence de compulsions permet d'exclure le diagnostic de phobie.

L'agoraphobie : Les sujets craignent l'éloignement de chez eux, ou d'être confiné dans un endroit clos, pouvant le conduire à éviter certaines situations. Le sujet souffrant de TOC évite parfois certains lieux mais pour d'autres raisons : parce qu'il déclenche des obsessions ou des compulsions.

L'état de stress post traumatique : Les réminiscences anxieuses peuvent ressembler à des obsessions mais le thème est toujours lié au traumatisme. Elles s'expriment par des symptômes en flash back. D'autres symptômes associés permettent de le différencier du TOC : troubles du sommeil, signes physiques d'hypervigilance.

Le trouble anxieux généralisé : A la différence des obsessions, les soucis du trouble anxieux généralisé sont variés, fluctuants, et ne sont pas réassurés par des rituels. Il s'agit de soucis excessifs concernant tout ce qui touche à la vie quotidienne, sans le caractère étrange ou irrationnel fréquemment retrouvé dans les obsessions.

L'hypochondrie : consiste à avoir une peur chronique des maladies graves. Ces craintes peuvent parfois être très proches des obsessions, mais dans l'hypochondrie il n'y a pas de compulsions ni d'évitements.

La phobie sociale : est une timidité excessive entrainant des évitements sociaux importants. Même si le TOC peut conduire à un retrait social, ce n'est pas par timidité.

2) La dépression

Les ruminations dépressives sont des pensées congruentes à l'humeur, pas nécessairement ressenties comme intrusives, telles que pour les obsessions du TOC. Les ruminations sont le plus souvent en lien avec des regrets du passé, alors que les obsessions concernent des dangers à venir. Dans le cas d'un trouble bipolaire en phase maniaque, les obsessions sont beaucoup plus fluctuantes et régressent en phase d'hypomanie.

3) La personnalité obsessionnelle compulsive

Elle est définie comme « un mode général de préoccupation pour l'ordre, le perfectionnisme, le contrôle mental et interpersonnel aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité. » (APA, 2000). Ces personnes ont une tendance globale à être méticuleux, ordonnés, réfléchis, un peu lents et rigides. Mais à la différence du TOC, la personne n'en souffre pas et considère ces agissements comme des qualités, donc tout à fait adaptés, normaux et utiles. On n'observe pas d'obsession egodystonique, pas de pensée, image ou pulsion intrusive, ni de rituel. La personne ne souhaite donc pas lutter contre.

4) Les autres troubles du spectre obsessionnel compulsif

Dans l'obsessiond'une dysmorphie corporelle, les obsessions et compulsions sont limitées à des préoccupations concernant l'apparence physique.

Dans la trichotillomanie, le comportement compulsif est limité à l'arrachage des cheveux, sans obsession.

Dans la syllogomanie, les symptômes sont concentrés exclusivement sur la difficulté persistante à se débarrasser ou se séparer de certains objets conduisant à l'accumulation excessive d'objet. Mais en cas de présence d'obsessions conduisant à ces comportements compulsifs d'accumulation, le diagnostic de TOC doit être posé.

5) Tics et mouvements stéréotypés

Un tic est un mouvement ou une vocalisation, soudain, rapide et récurrent. Un mouvement stéréotypé est un comportement moteur répétitif, sans but, que le sujet semble être contraint d'exécuter. Ces deux entités sont typiquement moins complexes qu'un rituel. Mais la distinction entre tics complexes (succession de plusieurs mouvements) et compulsion peut être difficile. Alors que les rituels sont généralement accompagnés d'obsessions, les tics sont précédés par une sensation prémonitoire de besoin contraignant. Dans le TOC, les comportements sont souvent associés à de l'anxiété, ce qui n'est pas le cas dans le tic, où c'est une « tension » qui est davantage décrite. La présence d'obsessions sous-tendant un geste répété élimine le diagnostic de tic en faveur du TOC. Faire préciser l'objectif de la réalisation du geste et la sensation associée peuvent aider à la distinction diagnostique.

6) Troubles du comportement alimentaire

Dans le TOC, les obsessions et compulsions ne sont pas limitées à des préoccupations à propos du poids et de la nourriture.

7) Schizophrénie ou autres troubles psychotiques

Dans la majorité des cas, le diagnostic différentiel est assez évident du fait de la présence de nombreux autres symptômes dans la schizophrénie, mais peut parfois poser problème chez les patients présentant un faible insight. Dans la schizophrénie, certains patients peuvent présenter des stéréotypies, pouvant être confondues avec des rituels. Hors, les stéréotypies sont des gestes répétitifs sans but alors que les rituels obéissent à une certaine

logique. De plus, le patient souffrant de schizophrénie n'a pas conscience du caractère absurde de ses stéréotypies, alors que les sujets souffrant de TOC critiquent leurs rituels. Concernant les obsessions schizophréniformes que l'on peut retrouver parfois, elles présentent des fluctuations thématiques importantes dans le temps et on ne retrouve pas la typique crainte de créer un dommage ou un malheur si l'on n'y prend pas garde. De la même façon, elles seront moins bien critiquées dans la schizophrénie.

A l'inverse, des obsessions de malheur ou de superstition ont pu être prises pour des idées délirantes, mais ces dernières n'obéissent à aucune logique, et ne sont pas concomitantes de rituels complexes.

8) Autres comportements d'allure compulsive : paraphilies, jeux pathologique, etc.

Ces comportements diffèrent des compulsions du TOC dans la mesure où la personne y recherche généralement du plaisir ou des sensations fortes, rapprochant davantage ces types de comportement du domaine des addictions.

G) Les enjeux : pourquoi soigner le TOC ?

(Sauteraud 2004)

Le TOC est la quatrième pathologie psychiatrique la plus fréquente après les troubles phobiques, les troubles liés aux toxiques et les troubles dépressifs.

Il existe encore actuellement un retard diagnostic important, du fait, d'une part, de sentiments fréquents de honte et de culpabilité des patients, qui retardent la première consultation ; et d'autre part du fait d'une relative ignorance des professionnels de santé concernant cette maladie, longtemps présentée à tort comme un trouble rare.

Par ailleurs, le TOC est une pathologie chronique, qui ne guérit que très rarement spontanément. Dans l'étude de Skoog G. et al. (1999), seuls 12 % des patients non traités ont guéri spontanément, alors que plus de 50 % des patients ont une évolution chronique de plus de 5 ans, les autres ayant une évolution faite de rémissions et récidives. Ainsi, les enjeux thérapeutiques sont différents de ceux d'autres pathologies psychiatriques comme la dépression ou le trouble panique par exemple, qui guérissent fréquemment spontanément. Cet enjeu est d'autant plus important que le TOC peut nettement s'améliorer sous traitement.

H) Les théories psychologiques

(Clair, Trybou 2013 ; Cottraux 2004)

Plusieurs modèles ont été proposés pour tenter d'expliquer comment fonctionne le TOC, et quelles relations existent entre les différents symptômes.

1) Les premiers modèles de Janet et Freud :

A partir d'observations cliniques, **Janet** décrit 2 types de symptômes : les « idées obsédantes » (obsessions) et les « agitations forcées » (compulsions).
Selon lui, les pensées obsédantes proviendraient de **l'état psychasthénique** : une baisse de tension de l'état psychologique permettrait la libération du contenu subconscient. Il considère donc les manifestations obsessionnelles du TOC comme une perte de contrôle de la pensée consciente volontaire.

Les agitations forcées résulteraient quant à elles d'une contrainte ressentie par le sujet d'effectuer un geste pour diminuer la détresse provoquée par les pensées obsédantes. Un **« sentiment d'incomplétude »** serait à l'origine du maintien de ce comportement : le sujet aurait la sensation que l'action n'a pas été réalisée correctement et répèterait donc la compulsion.

Freud, à partir d'une étude de cas (« L'homme aux rats ») et en s'inspirant de la notion de psychasthénie, propose un modèle psychanalytique : la « zwangneurose » traduite « névrose obsessionnelle » ou « névrose de contrainte », selon laquelle l'échec du refoulement d'une représentation inconsciente insupportable par le Surmoi, serait à l'origine d'un conflit intrapsychique responsable de l'angoisse et du sentiment de culpabilité présents dans le TOC.

2) Les modèles comportementaux :

Les modèles comportementaux du TOC sont issus des travaux de Mowrer (1960) sur les phobies : l'association d'un stimulus neutre à des émotions négatives génératrices d'anxiété, provoque un phénomène de conditionnement, le stimulus neutre devenant alors conditionnel, et capable à lui seul de générer l'anxiété. Ce stimulus conditionnel (association entre un stimulus neutre et aversif) est le thème des obsessions.

Un trouble de l'habituation (Beech 1971) entraînerait la récurrence des obsessions : la pensée intrusive ne parvient pas à entrainer une réponse d'habituation émotionnelle, l'anxiété reste trop importante.

La diminution de l'anxiété apportée par le rituel et l'évitement permettraient de maintenir l'obsession par renforcement négatif : plus le patient ritualise, plus il renforce l'obsession en évitant de s'y confronter.

Ces modèles comportementaux se sont inspirés de l'efficacité thérapeutique de l'exposition aux stimuli anxiogènes utilisés chez les patients phobiques, et sont à l'origine de la technique **d'exposition avec prévention de la réponse (EPR)**, largement utilisées dans les TCC des TOC : s'exposer à ce qui provoque l'anxiété sans ritualiser.

3) Les modèles cognitifs :

Ils proposent une explication complémentaire, centrée sur les obsessions.

L'émergence de pensées intrusives est un phénomène non pathologique. C'est le caractère fixe, répété, anxiogène et la difficulté à rejeter ces pensées qui en fait un symptôme. Les modèles cognitifs tentent d'expliquer le passage du normal au pathologique de ses pensées intrusives.

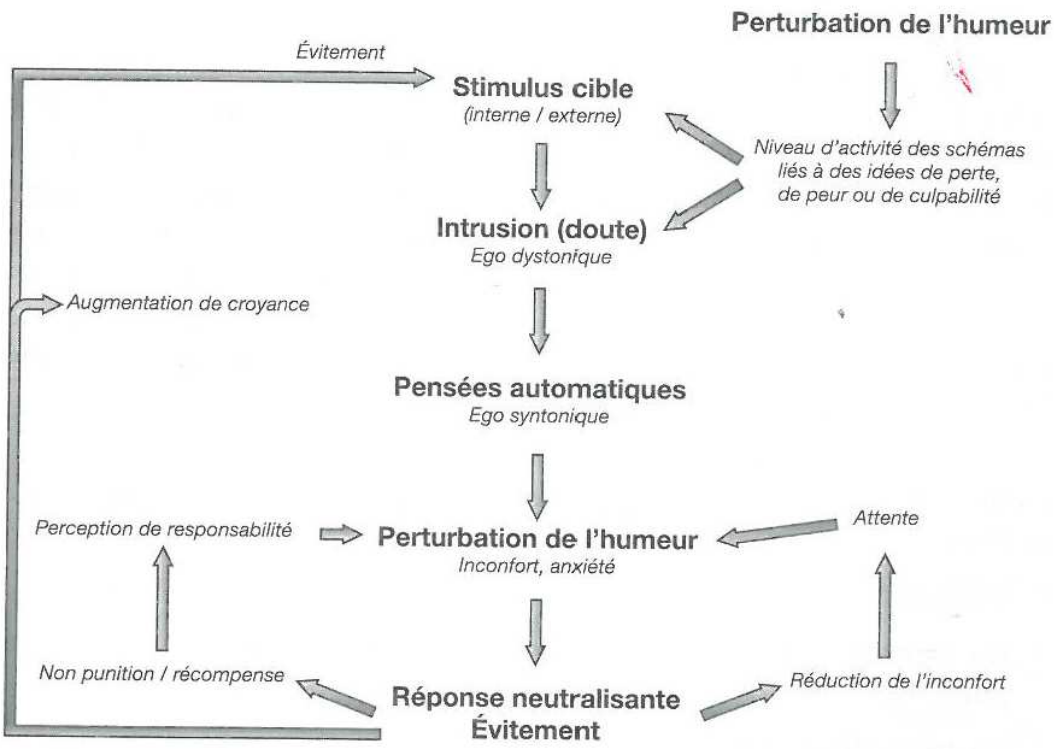
Une distorsion des schémas de pensées, situés dans la mémoire à long terme et fonctionnant de manière automatique, engendrerait une perturbation de l'interprétation des pensées intrusives (Salkovskis 1985, Van Oppen 1995). Les schémas cognitifs dysfonctionnels, filtreraient l'information en ne retenant que certains aspects négatifs de l'expérience vécue. Il en résulterait des pensées automatiques déplaisantes, généralement liées à l'idée d'être responsable de quelque chose de grave ou d'être nuisible à soi-même ou à autrui.

Des mécanismes de biais attentionnel avec une hyperfocalisation de l'attention, vont conduire le patient à être hypervigilant à certains stimuli, et ainsi contribuer au maintien du trouble.

Ces pensées automatiques génèrent donc des sentiments de détresse, de culpabilité ou de responsabilité ; et de l'anxiété, ce qui aboutit à la recherche de réponses neutralisantes de cette anxiété : les compulsions.

La réalisation de la compulsion aurait trois conséquences, qui maintiendraient le trouble, selon Salkovskis :

1. La réduction immédiate de l'inconfort et de l'anxiété.
2. Le renforcement de la validité perçue des croyances dysfonctionnelles par non-punition.
3. Le renforcement du stimulus déclencheur des pensées intrusives par évitement et augmentation des croyances.



Représentation du modèle de fonctionnement du TOC de Salkovskis (1985)

Selon Rachman (1997), les neutralisations renforcent les obsessions, l'anxiété et les schémas dysfonctionnels, ce qui maintient le trouble.

Ces modèles sont à l'origine de la thérapie cognitive du TOC qui consiste à modifier les schémas dysfonctionnels, et donc les interprétations dysfonctionnelles. L'action sur le comportement ne serait que secondaire (Bouvard, 2006 ; Cottraux, 2012).

4) Le modèle de dysfonctionnement du système de détection d'erreur :

Pitman (1987) suppose l'existence d'un système interne de détection d'erreur, comparant le signal perçu avec un signal de référence. En cas de différence et donc d'erreur perçue, le sujet adapte son comportement pour modifier le signal perçu.

Dans le TOC, Pitman fait l'hypothèse que ce système de détection d'erreur serait dysfonctionnel et hyperactif, et ne parviendrait pas à se satisfaire des multiples réponses comportementales.

Ces signaux d'erreur induiraient des idées récurrentes de doute. Les compulsions seraient des réponses comportementales pour réduire l'anxiété générée par ce doute pathologique.

Aujourd'hui, des études neuroscientifiques ont mis en évidence une anomalie de la reconnaissance de l'erreur chez les TOC, ce qui pourrait être en faveur de ce modèle (Fitzgerald, 2005 ; Hajcak, 2008).

Au total : Ces différents modèles théoriques placent tous le comportement compulsif comme secondaire à l'obsession, l'objectif de la compulsion étant de réduire l'anxiété générée par l'obsession. Le maintien des comportements compulsifs s'expliqueraient, selon les modèles, par un sentiment d'incomplétude (Janet), un échec de refoulement (Freud), un phénomène de conditionnement (modèles comportementaux), un système de renforcement (modèles cognitifs), puis par un dysfonctionnement du système de détection d'erreur.

5) Les apports de la neuropsychologie

La neuropsychologie permet d'établir un lien entre un comportement et certaines dysfonctions cérébrales, en utilisant des tests validés et objectifs. Cependant, ces tests ont été validés pour tester les fonctions cognitives de patients neurologiques, et ont été ici «appliqués » à des patients souffrant de TOC.

L'adaptation de ces tests dans cette pathologie, où les dysfonctionnements cognitifs ne se manifestent que dans des situations précises *(devant sa porte, son robinet…)* est donc discutable.

a) Hypothèse d'un déficit mnésique :

Les patients atteints de TOC auraient des doutes quant à la réalisation correcte d'une action. Un déficit mnésique concernant leurs propres actions serait-il directement relié à la symptomatologie du trouble ?

Les études réalisées suggèrent une non-spécificité des déficits mnésiques mis en évidence, du fait d'une absence d'amélioration significative des déficits mnésiques après traitement efficace du TOC (Roh, 2005).

b) Hypothèse d'un déficit métacognitif :

La symptomatologie serait-elle liée à un déficit d'appréciation de ses propres capacités cognitives ?

Cette hypothèse se base sur l'association d'un processus non pathologique avec un processus pathologique. Plus une personne répète un comportement, moins les éléments récupérés en mémoire sont précis car ce comportement devient familier. Il s'agit d'un processus non pathologique auquel va s'associer l'intolérance à l'incertitude, pathologique chez le sujet souffrant de TOC. L'inexactitude mnésique n'est pas tolérable et conduit à la répétition du comportement. Hors, cette répétition va au contraire augmenter l'incertitude et donc la détresse associée.

Ce modèle, qui a été confirmé par quelques études (MacDonald, 1997 ; Tolin, 2001), suggère donc une préservation des capacités mnésiques, mais une atteinte des processus métacognitifs dans le TOC.

c) Hypothèse d'un déficit de flexibilité et d'inhibition :

La **flexibilité**, ou capacité de pouvoir changer son comportement vers un autre plus adapté, semble déficitaire chez les patients souffrant de TOC, qui répètent des comportements qu'ils jugent eux-mêmes absurdes et inadaptés. Les résultats des différentes études testant la flexibilité chez les patients atteints de TOC ne permettent pas de conclure à un éventuel déficit, devant la diversité des résultats.

L'inhibition est la capacité à pouvoir réfréner un processus déjà engagé. Les patients souffrants de TOC ne parviennent pas à inhiber les idées ni les comportements non désirés. Les travaux effectués par Pénades (2007) montrent chez les patients souffrant de TOC, un ralentissement au Stroop, des difficultés d'inhibition d'une action déjà engagée à la tâche de « signal stop », et un pourcentage plus élevé d'erreur de commission (tâche Go/noGo). Ainsi,

les patients atteints de TOC sembleraient présenter un déficit d'inhibition à différentes étapes de l'engagement de l'action.

d) Hypothèse d'un déficit attentionnel :

Dans le TOC, l'attention sélective serait impliquée dans l'hypervigilance aux stimuli anxiogènes. Les patients souffrant de TOC seraient focalisés de manière excessive sur certains éléments de l'environnement.

Mais les tests évaluant les capacités attentionnelles montrent des résultats divergents chez les patients souffrant de TOC.

e) Hypothèse d'une hyperdétection de l'erreur :

Les potentiels évoqués cognitifs permettent d'étudier la détection de l'erreur. Notamment, la composante ERN (Error-Related Negativity) est un potentiel évoqué négatif dont l'amplitude maximale est atteinte 80 millisecondes après la production d'une réponse incorrecte par le sujet (Yeung, 2004). Lors de la passation d'un test de type Stroop avec conflit cognitif, malgré des performances identiques concernant les résultats, chez les patients souffrant de TOC, l'ERN est significativement plus ample que chez les témoins. (Grundler, 2009). Une corrélation avec la sévérité du TOC a plus récemment été montrée (Endrass, 2008). Cependant, après un traitement efficace du TOC, l'ERN ne se normalise pas (Hajcak, 2008), ce qui semble suggérer soit que l'amplitude excessive de l'ERN est une anomalie « trait » et non « état », soit que l'ERN est non spécifique et pourrait aussi être sensible à d'autres variables comme des éléments anxieux ou dépressifs.

Ces données vont dans le sens de l'hypothèse de Pitman.

Au total : L'hyperfocalisation des patients souffrant de TOC sur certains stimuli anxiogènes et la répétition de comportements pourraient donc s'expliquer par une altération des capacités métacognitives, et/ou un déficit de flexibilité et/ou d'inhibition, et/ou un biais attentionnel et/ou une hyperdétection de l'erreur. Les résultats obtenus jusqu'à présent par les différentes études neuropsychologiques demeurent inconstants et ne permettent pas de conforter un modèle étiologique plutôt qu'un autre.

I) Les modèles neurobiologiques

1) Eléments de neuro-anatomie

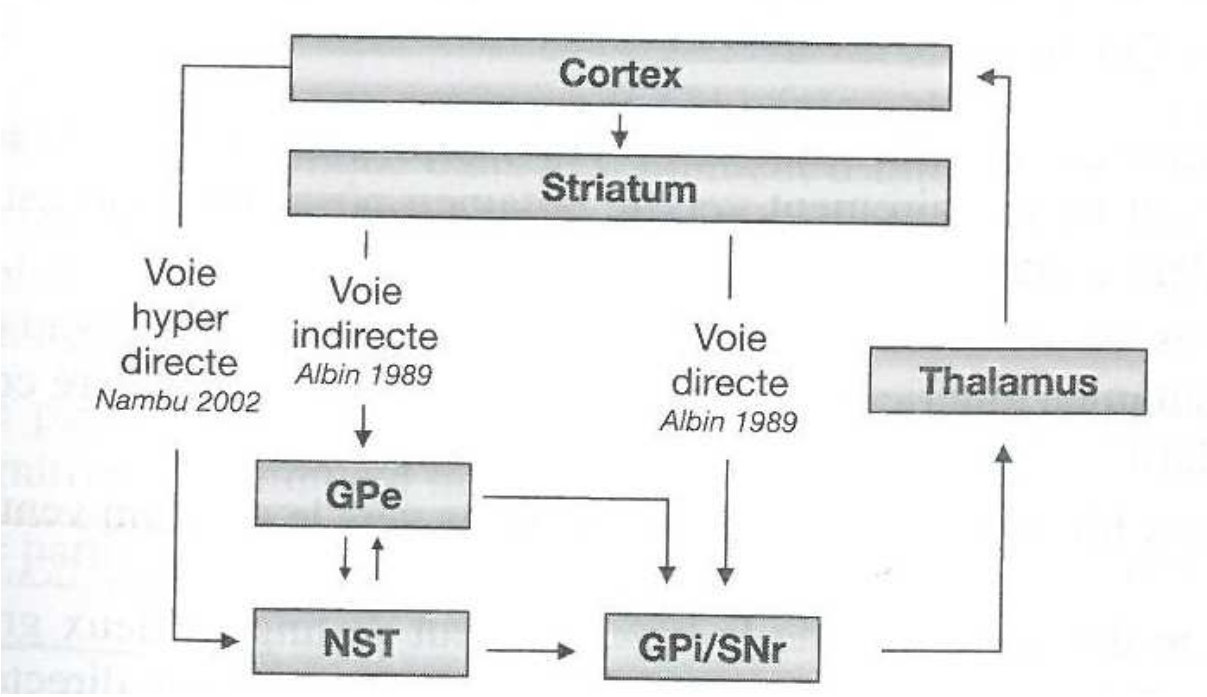
Les boucles cortico-sous-cortico-corticales, reliant le cortex aux ganglions de la base, sont des circuits parallèles de traitement de l'information ayant des fonctions distinctes. Dans le TOC, ces boucles sont dysfonctionnelles, en particulier pour le système fronto-striatal (reliant le cortex frontal au striatum).

D'après Albin (1989), on peut distinguer deux grandes voies principales du passage de l'information :

1. La voie directe : Le striatum reçoit les informations corticales et projette vers le pallidum interne et la substance noire qui renvoient ensuite l'information vers le thalamus puis le cortex frontal. Cette voie a un **effet activateur** sur les structures corticales.

2. La voie indirecte : Le striatum projette vers la partie externe du pallidum puis le noyau sous-thalamique qui projette à son tour vers les mêmes voies de sorties. Cette voie a à l'inverse un **rôle d'inhibition** des structures corticales.

3. Plus récemment, Nambu (2002) a démontré l'existence d'une troisième voie, la « voie hyperdirecte », dans laquelle le noyau sous-thalamique reçoit des informations provenant directement des aires corticales motrices.



Les trois voies de traitement de l'information au sein des ganglions de la base.

2) Corrélats neuronaux des déficits neuropsychologiques

L'ensemble des études neuropsychologiques, testant les fonctions cognitives en enregistrant l'activité cérébrale en parallèle, sont en faveur d'une dysfonction des zones frontales et sous-corticales chez les patients souffrant de TOC.

Des tests évaluant en imagerie la mémoire de travail visuo-spatiale retrouvent une activité plus importante du cortex cingulaire antérieur chez les patients souffrant de TOC (Van der Wee, 2003), et une activité plus importante au niveau du thalamus droit et du gyrus post-central gauche chez les patients atteints de TOC de lavage versus vérification (Nakao, 2009).

Concernant les capacités de flexibilité et d'inhibition, Gu (2008) a montré que lorsque le patient change correctement son comportement, les cortex préfrontal dorsolatéral, cingulaire, temporal, l'aire pré-motrice et le noyau caudé sont moins activés chez les patients souffrant de TOC que chez les témoins. En cas de réponse persévérante, le cortex préfrontal ventro-médian et orbito-frontal sont plus actifs chez les patients. Ces résultats suggèrent une dysfonction cortico-sous-corticale qui pourrait refléter l'incapacité des patients à changer de comportement pathologique ou d'idées récurrentes.

Concernant l'attention sélective, la réalisation d'une tâche de Stroop émotionnel en IRMf a montré une hyperactivation du cortex cingulaire antérieur et de l'amygdale chez les patients atteints de TOC versus d'autres troubles anxieux (Van Den Heuvel, 2005). Le besoin de contrôle pourrait être relié à l'activité du cortex cingulaire antérieur, qui participerait aussi à l'intégration d'informations contextuelles, notamment émotionnelles, pour guider le comportement du sujet et l'adapter au contexte.

Concernant le système de détection d'erreur, la réalisation de tâches en IRMf, a montré que lorsqu'une erreur est commise, l'activité de la partie rostrale du cortex cingulaire antérieur, est significativement plus active chez les patients atteints de TOC que chez les témoins (Fitzgerald, 2005). Cette structure étant impliquée dans la gestion cognitivo-émotionnelle de l'information, son hyperactivité dans le TOC pourrait signifier une plus grande réaction émotionnelle à l'erreur.

3) Corrélats neuronaux des symptômes obsessionnels compulsifs

En neuro-imagerie morphologique, de nombreuses études ont rapporté des anomalies volumiques du cortex-orbito-frontal (Christian, 2008), et des anomalies de la substance grise et blanche au niveau du gyrus cingulaire antérieur et des structures limbiques (Yoo, 2008).
L'ensemble des études morphométriques suggère une atteinte des boucles orbito-frontale et cingulaire antérieure ainsi que du thalamus.

L'ensemble des études mesurant l'activité cérébrale au repos chez des patients souffrant de TOC, suggère une dysfonction de structures corticales, notamment du cortex orbito-frontal,(Alptekin, 2001) ; des ganglions de la base, notamment du noyau caudé (Lucey, 1995) et de leur voie de sortie, le thalamus (Lacerda 2003). Ces conclusions restent cependant difficiles à affirmer avec certitude, car une grande majorité des études ont été effectuées chez des patients traités, avec des comorbidités, sans que des corrélations avec les symptômes obsessionnels compulsifs soient toujours retrouvées.

Les études d'enregistrement de l'activité cérébrale en situation de provocation de symptômes *(ex : contact physique avec un objet, vue d'une photo, imagination d'une situation…)* ont également montré des différences d'activité du cortex orbito-frontal, du cortex cingulaire antérieur, du cortex préfrontal dorso-latéral, du striatum et du pallidum (Rotge, 2008). De plus, ces zones dysfonctionnelles le sont significativement moins après traitement efficace du TOC par ISRS ou TCC (Nakao, 2005).

Par ailleurs, bien qu'il existe des dysfonctions cérébrales communes dans le TOC, des corrélats neuronaux distincts sont retrouvés en fonction du sous-type clinique (Mataix-Cols, 2004).

4) Les modèles neurobiologiques

Les modèles neurobiologiques tentent de proposer une explication des dysfonctions fronto-striatales retrouvées dans les études neuroscientifiques, et de leur relation avec les symptômes cliniques de la maladie.

a) Modèle de Baxter

Baxter fait l'hypothèse que les patients souffrant de TOC ont un système de biais de réponse face à certains stimuli environnementaux (hygiène, ordre…) impliquant le cortex orbitofrontal (Saxena, 1998).

L'activité excessive du cortex cingulaire antérieur et du cortex orbito-frontal expliqueraient la survenue de préoccupations anxieuses non spécifiques, qui auraient dû être inhibées par la voie directe.

De plus, les pensées intrusives, non pathologiques car inhibées précocément par la voie indirecte chez l'individu sain, ne le seraient pas suffisamment chez le patient souffrant de TOC.

Les obsessions seraient donc des pensées intrusives provenant des aires corticales frontales (orbito-frontale et cingulaire antérieure), qui persisteraient du fait d'un déséquilibre entre les voies directe et indirecte.

Les compulsions seraient des séquences comportementales générées de manière automatique par les ganglions de la base en réponse aux stimuli déclencheurs : stimuli environnementaux associés aux pensées intrusives. Ces séquences comportementales, générées normalement pour faciliter les actions routinières, dans le cas du TOC ne sont plus adaptées au contexte et ne parviennent pas à être inhibées.

b) Modèle de Schwartz

Il prolonge et complète celui de Baxter.

Schwartz a montré une diminution de l'activité du noyau caudé chez les patients TOC répondeurs à un traitement par TCC versus non répondeurs, ainsi qu'une corrélation entre l'activité du cortex orbito-frontal, du gyrus cingulaire, du thalamus et la sévérité du TOC (Schwartz, 1998).

D'après Schwartz, une dysfonction des TANs (tonically active neurons) du striatum (neurones modifiant leur activité en fonction d'un conditionnement opérant, et impliqués dans l'acquisition de nouvelles séquences comportementales et probablement dans la genèse et le maintien du comportement compulsif) perturberait le système des ganglions de la base, puis, via le thalamus - voie de sortie des ganglions de la base - l'activité corticale des cortex orbito-frontal et cingulaire antérieur. Ainsi, par un conditionnement opérant dysfonctionnel, le patient produirait des patterns comportementaux inadaptés.

La sensation d'erreur dans la réalisation de ce comportement, est liée à l'activité importante des cortex orbito-frontal et cingulaire antérieur.

Le striatum aurait ensuite un rôle d'automatisation de ces séquences comportementales répétées.

Dans ce modèle, la physiopathologie des TOC sous-tend que les relations entre l'activité cérébrale et le comportement soient bidirectionnelles : les dysfonctions cérébrales observées seraient à l'origine des manifestations cliniques, mais seraient elles-mêmes renforcées par ces manifestations cliniques. Ainsi, la répétition du rituel renforcerait l'hyperactivité fronto-striatale.

Cette hyperactivité cérébrale aurait tendance à se normaliser après un traitement par TCC efficace.

J) Les traitements du TOC

1) Conférence de consensus

La conférence de consensus de 1997 reconnait deux traitements efficaces du TOC :

- La psychothérapie comportementale et cognitive (TCC)
- Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)

2) La Haute Autorité de Santé (HAS)

La HAS conseille de les associer d'emblée dans les formes sévères, ou après échec de la monothérapie médicamenteuse seule pendant au moins 12 semaines, ou de la monothérapie par TCC seule après 20 à 40 séances.

Ces traitements permettent d'améliorer nettement deux tiers des patients et d'en guérir sous traitement environ 20 %. Contrairement à d'autres pathologie où l'effet placebo peut guérir jusqu'à 50 % des patients l'effet placebo n'améliore qu'environ 5 % des patients souffrant de TOC.

3) Traitements pharmacologiques

(Fineberg 2015 ; WFSBP 2008 ; HAS 2007 ; AFSSAPS 2006 ; Pallanti 2006)

Les taux de réponse au traitement médicamenteux du TOC sont en général moins élevés (entre 30 et 60 % en phase aigue, 70 % après 24 semaines) ou avec une rémission seulement partielle, par rapport aux autres troubles anxieux.

Les ISRS (fluoxétine, fluvoxamine, paroxétine et sertraline) sont recommandés en première intention ; la clomipramine en deuxième intention, que ce soit par l'HAS la WFSBP ou le NICE. En effet, plusieurs études contrôlées et randomisées ont montré la supériorité par rapport au placebo de la clomipramine (De Veaugh-Geiss 1989) et des ISRS, pour la fluoxétine (Etain 2001), la sertraline (Koran 2002), la fluvoxamine et la paroxetine (Hollander 2003). Le citalopram a montré une efficacité (Montgomery 2001) mais ne possède pas encore l'AMM dans le traitement du TOC, tandis que l'escitalopram l'a obtenue récemment.

Plusieurs études multicentriques (Lopez 1996, Mundo 2001) deux méta-analyses et deux revues de la littérature (Lydiard 1995, Greist 1998, Abramowitz 1997, Kobak 1998), ont comparé les ISRS à la clomipramine. Elles concluent pour la plupart à une absence de différence significative entre les deux classes, mais à une meilleure tolérance pour les ISRS.

La venlafaxine n'a pas d'AMM dans le traitement du TOC, mais une étude contrôlée randomisée (Albert 2002) a montré que l'efficacité n'était pas significativement différente de la clomipramine, mais que la venlafaxine avait une meilleure tolérance. Une autre étude en double aveugle (Denys 2003) a montré que la venlafaxine 200 à 300 mg/j avait une efficacité comparable à la paroxétine à 60 mg/j.

Posologies

Les posologies efficaces sont plus élevées que celles utilisées dans la dépression (Annexe 1). Le délai d'action est également plus important, de l'ordre de 4 à 8 semaines, ainsi que la durée nécessaire à l'obtention de l'efficacité thérapeutique maximale, de 10 à 12 semaines (WFSBP, 2008). Les antidépresseurs sont globalement efficaces sur l'ensemble de la symptomatologie, mais seraient plus efficaces sur les obsessions.

En cas de non réponse à un ISRS après 4 à 6 semaines, la HAS recommande d'augmenter progressivement la posologie. En cas d'échec, un autre ISRS ou la clomipramine doivent être essayés.

Association ISRS – antipsychotique dans les cas de résistance aux antidépresseurs en monothérapie

Environ 40 % des patients souffrant de TOC traités par antidépresseurs ne parviennent pas à une rémission symptomatique complète et continuent à souffrir de leur trouble (WFSBP).

Devant ces cas de résistance, des études ont testé l'efficacité des antipsychotiques en association à un ISRS, se basant sur l'hypothèse d'une hyperdopaminergie striatale régulée par les neurones sérotoninergiques, qui pourrait expliquer en partie la résistance des TOC aux ISRS. La plupart de ces études rapportent une efficacité des antipsychotiques de première génération (halopéridol et amisulpride) et de certains antipsychotiques de deuxième génération (rispéridone, olanzapine, aripiprazole, quétiapine) (Ducasse 2013, Petros Skapinakis 2007). Les données de la littérature restent cependant peu nombreuses et ne permettent pas actuellement de recommander l'usage systématique des antipsychotiques dans le traitement du TOC. Même si des études supplémentaires dans cette voie sont nécessaires,

des indices sembleraient favoriser la prescription d'halopéridol, d'amisulpride, de quétiapine ou d'aripiprazole à posologies modérées.

Pallanti propose une hiérarchisation des étapes du traitement en fonction du niveau de résistance du TOC (Annexe 2).

Durée du traitement

En cas d'efficacité, le traitement doit être maintenu au moins 1 an après la disparition des symptômes, à la posologie ayant permis leur rémission. La posologie devra ensuite être diminuée très progressivement, de l'ordre de 20 % tous les 6 mois (HAS). Les rechutes sont fréquentes à l'arrêt, ce qui peut justifier des durées de traitement supérieures. La chronicité du trouble laisse supposer qu'une poursuite d'un traitement efficace pendant plusieurs mois ou années serait justifiée (Rufer 2005) d'autant plus que la réponse thérapeutique peut être moins bonne lors de la réinstauration du traitement après une période d'arrêt.

4) TCC

La TCC a montré son efficacité dans le traitement des TOC, soit seule, soit en association avec les antidépresseurs, soit en relais des antidépresseurs à l'arrêt de ceux-ci (Foa 2005, Cottraux 1993).

L'efficacité de la psychothérapie comportementale est équivalente aux IRS (Marks 1988, Kobak 1998).

Les résultats de la psychothérapie comportementale sont stables à 1, 2 et 6 ans. Ils permettent une réduction voire un arrêt du traitement médicamenteux (Cottraux 1993). L'efficacité de la psychothérapie cognitive est comparable à la psychothérapie comportementale et à la fluvoxamine. 20 % des sujets sont en rémission complète à la fin de la psychothérapie cognitive (Van Oppen 1995).

5) rTMS

(Berlim 2013, Jaafari 2011)

A ce jour, la majorité des études concernant la rTMS dans le traitement du TOC sont hétérogènes et montrent des résultats contradictoires, ne permettant pas de tirer des conclusions définitives sur l'efficacité clinique de cette technique pour cette indication. Il n'y a pas de consensus sur la zone cible à stimuler mais l'aire motrice supplémentaire et le cortex orbito-frontal semblent être prometteuses.

6) Stimulation cérébrale profonde (DBS : Deep Brain Stimulation)

(HAS 2005, WFSBP 2008, Mallet 2008)

Dans les cas de TOC résistants, les techniques neurochirurgicales d'ablation ou lésionnelles, développées dans les années 40, ont été supplées par les techniques de neuro-modulation avec la stimulation cérébrale profonde (DBS), du fait de l'irréversibilité des lésions provoquées par la neurochirurgie d'ablation, et des effets secondaires fréquents et sévères.

La DBS a été plus largement étudiée dans le cadre d'autres pathologies telles que la maladie de Parkinson ou l'épilepsie. Elle suscite un intérêt croissant ces dernières années dans des indications très ciblées de TOC résistants.

Cette technique non lésionnelle présente les avantages de la réversibilité de l'effet et de la possibilité d'ajuster les paramètres de stimulation afin d'obtenir une efficacité optimale sans effets indésirables. Bien que des risques hémorragiques et infectieux liés à la neurochirurgie persistent et sont à prendre en considération, les résultats préliminaires des études publiées suggèrent que la stimulation du noyau sous-thalamique permettrait de réduire significativement les symptômes de TOC sévères et résistants. La stimulation du striatum ventral fait également l'objet d'études dans cette indication.

K) Techniques de TCC classiques dans le TOC

(Fontaine O. et Fontaine P. 2011, Bouvard 2003)

1) Principes théoriques

Au début de la prise en charge en TCC, le thérapeute s'attache à comprendre les modèles explicatifs du patient, et ses attentes quant à la thérapie. Il lui propose alors un « cadre » thérapeutique : fréquence, durée et contenu des séances. Il donne des informations sur les modèles explicatifs d'un point de vue cognitif et comportemental et des explications générales sur la thérapie, notamment sur l'investissement attendu du patient. L'une des singularités des TCC est en effet de formaliser le cadre par un « contrat thérapeutique », dans lequel le thérapeute et le patient s'engagent tous deux à respecter ces formalités prédéfinies ensemble.

Contrairement à certaines idées préconçues, les TCC ne sont pas une succession de techniques à appliquer indépendamment de la relation, du vécu, et des opinions du patient. Il est donc important de préciser l'importance de l'alliance thérapeutique pour pouvoir mettre en place une collaboration active du patient et du thérapeute vers des objectifs précis.

2) Analyse fonctionnelle

L'analyse fonctionnelle (AF) permet d'isoler :

- Les situations - stimuli internes ou externes – associées aux rituels.

Ex : Il est l'heure de partir de la maison.

- La réponse émotionnelle du sujet. *ex : anxiété.*
- La réponse comportementale (rituels) *ex :Vérification que le gaz est bien fermé.*
- Les cognitions : (obsessions)

pensées intrusives, *ex : le gaz n'est pas fermé.*

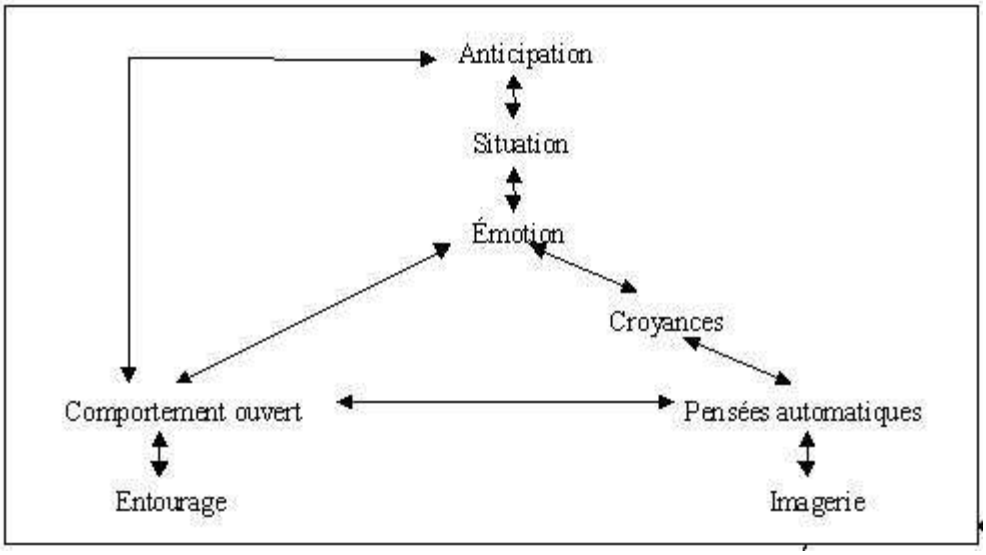
pensées automatiques, *ex : si une explosion survenait, je serais responsable.*

pensées neutralisantes, *ex : je dois vérifier.*

- Les facteurs de maintien des rituels (notamment les évitements, et les anticipations).

ex : J'évite de sortir de la maison autant que possible, pour moins avoir à vérifier.

L'AF évalue également les liens avec l'entourage (renforce-t-il les rituels en y participant ou en servant de réassurance ?). Dans les cas où l'entourage renforce le TOC, il sera inclus dans le traitement avec l'accord du patient.



Analyse fonctionnelle de type SECCA

(Situation-Emotions-Cognitions-Comportements-Anticipations)

3) Techniques comportementales

Comme dans toute pathologie prise en charge en psychothérapie comportementale, les grands principes sont :

- **L'apprentissage des principes fondamentaux de l'exposition progressive** : affronter une situation anxiogène (avec modification ou baisse des rituels), en tolérant un degré d'anxiété supportable, et constater que l'anxiété baisse à mesure que le temps passe et que les exercices sont répétés (diminution en durée et en intensité)
- **Le choix et la hiérarchisation de situations cibles**, issues du travail de l'AF. (Le thérapeute veille à orienter le patient vers des choix de situations fréquentes, dont la résolution permettra une amélioration objective dans la vie du patient.)
- La réalisation d'un premier exercice test puis **la hiérarchisation des exercices successifs et leur réalisation.** Le thérapeute devra donc déterminer avec le patient des exercices faisables, pouvant être répéter quotidiennement. Le patient apprendra à évaluer le succès d'un exercice et à faire progresser les exercices, puis à

poursuivre les exercices de lui-même pour maintenir ses acquis. Le patient s'autonomisera ensuite en mettant au point, sous contrôle du thérapeute puis seul, ses propres exercices.

Dans le cas d'un patient souffrant de TOC, deux techniques conjointes sont utilisées lors d'une séance d'exposition :

- l'**exposition**, réelle ou en imagination, au stimulus anxiogène
- **la prévention de la réponse** : l'interdiction de réaliser les rituels pour diminuer l'anxiété. Cette étape pourra être réalisée de manière graduelle, en diminuant tout d'abord la fréquence ou la complexité des rituels, puis ne plus faire le rituel lorsque le degré d'anxiété associé est devenu tolérable.

L'exposition avec prévention de la réponse (EPR) consiste en une exposition à la situation anxiogène pendant au moins deux heures. Le patient remplit, durant cet exercice, une échelle de cotation de son anxiété à intervalle régulier, ce qui lui permet de constater que son anxiété diminue, sans effectuer de réponse ritualisée. L'EPR vise à briser le lien entre la pensée obsédante, le rituel et l'anxiété : par la diminution de la fréquence d'apparition du rituel, la personne se confronte à l'obsession et apprend que ce qu'elle craignait ne se produit pas malgré l'absence de rituel.

Il est important au cours d'un exercice d'exposition, de n'aborder qu'une seule situation anxiogène à la fois, et de ne passer à la suivante que lorsque l'anxiété a diminué au moins de moitié.

La répétition des exercices entre les séances, permettra de compléter l'habituation, par la répétition de la même exposition jusqu'à extinction de l'angoisse. Une étude de Marks et al.(1988) a montré qu'il est aussi efficace d'exposer les sujets en présence du thérapeute que de prescrire des séances d'EPR comme tâche à effectuer entre les séances. Cette tâche sera systématiquement abordée avec le thérapeute lors de la séance suivante.

Hiérarchie des situations anxiogènes : des études ont montré qu'il est aussi efficace d'exposer graduellement le patient que de l'exposer à des situations très anxiogènes, mais la hiérarchisation et la progressivité permettent de diminuer les abandons en cours de thérapie et d'augmenter la participation active du patient.

Exposition en imagination *:* Elle procède de la même technique que l'exposition in vivo, sauf que le stimulus anxiogène est imaginé au lieu d'être réel. Le thérapeute demande au patient de fermer les yeux et d'imaginer une scène en rapport avec ses pensées obsédantes. La scène est répétée jusqu'à la perte de son pouvoir anxiogène. Cette technique est utile lorsque les situations anxiogènes sont trop difficiles à être affrontées dans la réalité pour le patient. Comme précédemment, le thérapeute prescrit des tâches à réaliser entre les séances.

Une étude contrôlée a montré que l'exposition en imagination associée à l'EPR donne de meilleurs résultats à long terme (deux ans) que l'EPR seule chez des sujets vérificateurs (Foa 1980). **Le flooding**, c'est-à-dire l'exposition en imagination à la scène la plus angoissante avec les pires catastrophes et leurs conséquences, permet une habituation à l'obsession et amène à rejeter la pensée obsédante et à la considérer comme banale et sans intérêt ni validité. Ainsi, en fin de thérapie, le flooding permet aux sujets vérificateurs ou ruminateurs, de consolider le résultat et de prévenir la rechute.

Difficultés d'application des techniques chez les sujets ruminateurs : Ces sujets posent plus de difficultés en techniques comportementales, car leurs rituels sont internes, visant à neutraliser la pensée intrusive. Ces patients doivent donc apprendre à repérer les pensées obsédantes associées à de l'angoisse, sur lesquelles porte l'exposition ; et leurs rituels internes qui sont l'objet de la prévention de la réponse. La technique est donc similaire à celle utilisée pour les autres patients : exposition à la pensée intrusive et prévention de la pensée neutralisante. Pour réaliser les exercices, le patient peut effectuer un enregistrement audio de ses pensées obsédantes, et l'écouter en présence du thérapeute qui l'aidera à repérer l'arrivée de ses rituels. Le patient réécoute ensuite l'enregistrement jusqu'à extinction de l'anxiété avec prévention des rituels internes.

4) Techniques cognitives

La psychothérapie cognitive relève d'un certain nombre de <u>principes de bases :</u>

- les obsessions et les rituels sont des phénomènes normaux.
- ce sont la croyance dans les obsessions et dans l'efficacité des rituels qui sont pathologiques et sont donc la cible de la thérapie.

Ainsi, si le patient ne croit plus en son obsession, il diminue son anxiété et ses compulsions. Les obsessions sont moins renforcées et diminuent également.

La stratégie générale de la thérapie consiste à :

- considérer les pensées intrusives (obsessions) comme des stimuli,
- identifier les pensées automatiques (croyances erronées), dans les situations déclenchants des obsessions,
- apprendre au sujet à les modifier, en discutant ces croyances par des techniques particulières,
- aider le patient à supprimer les pensées neutralisantes et les rituels,
- rechercher les schémas et les modifier.

Déroulement de la thérapie cognitive :

a) Explication du modèle cognitif

Le thérapeute explique le modèle, et aide le patient à distinguer ses pensées obsédantes ou intrusives (ex : « mes mains sont sales »), des pensées automatiques (ex : « je vais transmettre des maladies à mes enfants »), et des pensées neutralisantes (ex : « tout va bien, un, deux, trois, c'est propre »). Pour aider le patient à mieux identifier ses pensées automatiques, le thérapeute peut utiliser la technique de la flèche descendante.

b) Modification des pensées automatiques

Le thérapeute travaille à la modification de pensées automatiques en utilisant les même techniques de remise en question que celles utilisées dans les autres pathologies traitées par restructuration cognitive : le questionnement socratique ; la recherche d'erreur de logique ; la technique des « pour » et des « contre » ; des « avantages » et « inconvénients » ; la distanciation ou technique du double standard ; la liste des différentes interprétations et l'évaluation de leur fréquence ; le calcul des probabilités de l'évènement redouté.

Dans le cas du TOC, la particularité est de travailler les pensées automatiques, voire les pensées neutralisantes (pour diminuer le recours aux rituels), en laissant de côté les pensées intrusives.

c) Remplacement par des pensées rationnelles

Après plusieurs séances de restructuration cognitive, chaque pensée automatique est testée au cours d'une expérience comportementale, afin de mettre à l'épreuve l'intensité de la croyance du sujet dans cette pensée. L'objectif est de faire remplacer par le patient sa pensée automatique par une pensée alternative plus rationnelle.

d) Recherche des schémas

L'étude des pensées automatiques travaillées au cours des séances permet généralement de mettre en évidence des thèmes répétitifs qui s'organisent en postulats ou croyances centrales.

e) Remise en question des croyances centrales

La dernière étape vise à l'assouplissement du schéma par une remise en question des croyances centrales. Chaque croyance est testée au cours d'une expérience comportementale. La discussion du schéma mène à l'examen des conséquences positives et négatives, à court et long terme, et permet ainsi la recherche d'interprétations plus réalistes.

Avantages de la thérapie cognitive : La technique cognitive permet d'élargir le modèle comportemental classique et d'augmenter la motivation et l'adhésion du patient en proposant une approche plus progressive que lors d'une exposition classique. Elle permet également de travailler sur les besoin de réassurance du patient. Elle facilité également le travail d'exposition en accélérant les processus de réduction de l'anxiété en cours d'exposition.

5) Thérapie cognitive ou comportementale ? Résultats des études évaluant l'efficacité des différentes techniques :

Les facteurs de prédiction de réussite d'une technique cognitive ou comportementale dans le TOC ne sont pas encore connus. Aucune règle n'est fixée à ce jour, en faveur de la thérapie cognitive ou de la thérapie comportementale. Il semblerait plus intuitif d'utiliser la thérapie cognitive en particulier chez les patients présentant un moins bon insight de leur trouble et n'étant pas convaincus du caractère absurde de leurs obsessions. En général, les thérapeutes combinent les deux techniques mais peuvent aussi choisir l'une ou l'autre, et recourir à la seconde technique si le résultat n'est pas satisfaisant.

Deux études contrôlées comparent la technique comportementale et la technique cognitive (Cottraux 2001 ; Van Oppen 1995). Une étude contrôlée compare un programme comportemental et cognitif aux antidépresseurs (O'Connors 1999).

Fisher et Wells (2005) s'intéressent à l'efficacité de la TCC dans le TOC. Il ressort de leur étude que l'EPR est la technique la plus efficace lorsque l'on considère l'amélioration clinique des sujets, avec un résultat positif dans 50 à 60 % des cas. Si l'on considère comme répondeurs uniquement les sujets n'ayant plus aucun symptôme après traitement, aussi bien l'EPR que la thérapie cognitive ont une faible efficacité (25 %). Mais le plus souvent, la TCC permet une amélioration de la symptomatologie, avec entre 75 et 90 % des patients qui en tireraient des bénéfices.

Cependant, les études portant sur l'efficacité des TCC sur les TOC ont beaucoup de critères d'inclusion et d'exclusion, ainsi leurs résultats sont difficilement généralisables à l'ensemble des patients souffrant de TOC.

Au total : Nous avons donc vu que le diagnostic de TOC repose sur la présence d'obsessions et de compulsions prenant plus d'une heure par jour, entraînant un handicap au quotidien. Le TOC est la quatrième pathologie psychiatrique la plus fréquente, et son retentissement fonctionnel et sur la qualité de vie est important. Son taux de rémission spontanée est faible, et il existe encore un retard au diagnostic important, d'où l'importance d'optimiser sa prise en charge.

Plusieurs théories psychologiques ont tenté d'expliquer comment fonctionne le TOC : elles placent toutes le comportement compulsif comme secondaire à l'obsession, le but de la compulsion étant de réduire l'anxiété provoquée par l'obsession.

La neuropsychologie a ensuite tenté d'établir des liens entre les comportements observés dans le TOC et certaines dysfonctions cérébrales. Plusieurs hypothèses sont faites, mais les résultats des études ne permettent pas de conforter un modèle étiologique plutôt qu'un autre.

L'existence d'un substrat neuroanatomique dans le TOC est désormais clairement établie grâce aux études de neuro-imagerie mettant en évidence des anomalies fonctionnelles fronto-striatales. Les modèles neurobiologiques de Baxter et Schwartz tentent de mettre en lien ces données avec les symptômes de la maladie, et d'établir quel impact peut avoir ce substrat neuroanatomique sur les symptômes et inversement.

Les deux traitements de référence recommandés dans la prise en charge du TOC sont les ISRS et la TCC. Ils permettent une amélioration clinique chez la majorité des patients, cependant, la rémission n'est souvent que partielle et un nombre conséquent de patients restent résistants. Les techniques utilisées en TCC classiques ont été rappelées. Elles permettent à ce jour d'améliorer de nombreux patients. Nous allons voir cependant dans la partie suivante qu'elles présentent des limites. Nous discuterons également des limites des différents modèles explicatifs du TOC présentés en première partie, afin de comprendre l'intérêt de proposer une nouvelle approche. Ce nouveau modèle : la théorie neurocomportementale, sera alors présenté et détaillé, ainsi que les nouvelles techniques thérapeutiques qui en découlent.

II. Limites des approches classiques et présentation d'un nouveau modèle explicatif et thérapeutique dans le trouble obsessionnel compulsif : le modèle neurocomportemental.

A) Limites des TCC classiques

1) Limites des techniques comportementales

Les techniques d'exposition progressives sont largement répandues et recommandées en TCC, afin que les exercices provoquent un niveau d'anxiété tolérable et soient ainsi aisément réalisables pour le patient. Hors, de nombreux patients souffrant de TOC qui se contaminent progressivement ou partiellement, ne constatent pas de diminution de leur anxiété. Ceci peut s'expliquer par le fait que de nombreux TOC de contamination sont associés à une notion de propagation. Hors l'exposition ne prend pas en compte cette notion de propagation. En effet, le patient contaminé partiellement reste en hypervigilance pour ne pas contaminer les parties « non souillées », et souvent met en place pour cela des stratégies d'évitements. L'hypervigilance et les évitements ne permettent pas le bon déroulement du phénomène d'habituation, attendu au décours d'un exercice d'exposition. Les patients ne constatant pas de diminution de leur anxiété malgré la répétition de l'exercice, s'en trouvent souvent démotivés pour mettre en place un exercice d'exposition plus importante. Cet exercice ne va donc bien fonctionner que chez certains patients, minoritaires, ne craignant pas la propagation.

La technique de prévention de la réponse est également souvent difficile à réaliser pour de nombreux patients. En effet, s'interdire de faire des rituels est difficilement réalisable dans cette pathologie du contrôle. Là encore, le fait de s'astreindre à ne pas ritualiser va souvent induire de nombreux évitements, dans certains cas pour éviter la propagation de la contamination. Souvent, le patient échoue à cet exercice et finit par ritualiser avant d'avoir ressenti une diminution de son anxiété, car il ne peut plus ou en a assez d'éviter, ou car l'envahissement par les idées obsessionnelles et le niveau d'anxiété restent trop élevés pendant une durée qui n'est plus tolérable. Cet échec risque de faire douter le patient de

l'efficacité des exercices d'exposition, puisqu'on lui explique que son anxiété finira forcément par diminuer mais qu'il ne le constate jamais malgré la répétition des exercices. L'échec risque également d'induire un sentiment de dévalorisation. Demander au patient de lutter contre les évitements est également très compliqué pour lui, car l'anticipation de tous les efforts et du temps qu'il devra passer pour faire « redevenir son univers propre », à cause de la propagation de la contamination s'il ne fait pas d'évitement, va souvent provoquer un niveau d'anxiété encore plus important.

La diminution progressive de la durée du rituel est un exercice qui peut-être également difficilement réalisable pour de nombreux patients qui décrivent qu'une fois le rituel débuté, une sensation de contrainte irrépressible les pousse à poursuivre, malgré leur volonté initiale de faire l'exercice. L'arrêt du rituel au bout d'une durée prédéfinie est donc pour certains trop difficile à respecter.

Au total : L'exposition est indéniablement un outil thérapeutique très intéressant. Cependant, dans ses modalités d'application dans le TOC, le caractère progressif ne semble pas adapté aux TOC de contamination avec notion de propagation. Pour l'ensemble des TOC, les techniques de prévention de la réponse et de diminution du nombre ou de la durée des rituels - bien qu'efficaces chez certains patients ayant un fort niveau de motivation - génèrent dans de nombreux cas un niveau de difficulté trop important dans leur réalisation. En effet, le caractère d'impériosité de la réalisation du rituel, l'emporte souvent sur la motivation du patient, avant que celui-ci n'ait pu expérimenter le bénéfice du phénomène d'habituation.

2) Limites des techniques cognitives

On constate que les techniques de restructuration cognitive se heurtent à plusieurs écueils chez les patients souffrant de TOC.

Tout d'abord, la plupart d'entre eux ont finalement déjà bien conscience du caractère irrationnel de leurs obsessions, mais décrivent malgré tout un caractère irrépréssible à leur survenue, et une impériosité qui les pousse à ritualiser. La restructuration cognitive les amène donc vers un raisonnement qu'ils ont souvent déjà considéré et avec lequel ils sont généralement en accord, mais ils expliquent que leur problème n'est pas là. *« Je sais bien que vérifier n'empêchera pas une catastrophe, mais je ne peux pas m'en empêcher. Je sais que ce n'est pas rationnel. »*

Un deuxième obstacle est le risque que le patient se répète en boucle la conclusion de son exercice de restructuration cognitive pour essayer de se rassurer, et que finalement, il remplace son rituel initial de vérification ou de lavage par exemple, par un rituel mental de réassurance. *(ex : « Maintenant avant de toucher une porte, je me répète systématiquement plusieurs fois que la probabilité d'attraper une maladie est très faible »)* Généralement, ce rituel de réassurance ne sera efficace que pendant une période limitée, puisque le TOC va générer de nouvelles obsessions avec de nouveaux scénarios catastrophes.

Enfin, le principe même d'utiliser la restructuration cognitive dans le TOC est discutable. En effet, il est reconnu que le TOC a une origine biologique, avec l'implication de la sérotonine et de zones cérébrales. Ce fonctionnement cérébral pathologique entraîne une façon erronée de penser. Les obsessions et leur probabilité ne sont donc que des conséquences d'un dysfonctionnement biologique. On pourrait donc utiliser directement la biologie comme argument pour expliquer ces pensées erronées. L'origine du problème n'est finalement pas la thématique des obsessions et le degré de probabilité que survienne telle ou telle catastrophe, mais qu'un dysfonctionnement cérébral conduit le patient à penser de cette façon. Expliquer et insister sur cette origine biologique dans la psychoéducation du patient paraît donc une piste thérapeutique intéressante.

B) Discussion des modèles existants

1) Les modèles de Janet et Freud

Ils reposent sur des études de cas et des principes théoriques qui n'ont jamais été validés. Les pratiques psychothérapeutiques qui en découlent n'ont pas non plus montré scientifiquement d'efficacité sur les symptômes du TOC.

2) Les modèles cognitifs et comportementaux

Leurs auteurs ont tenté d'utiliser des modèles déjà existants pour les phobies en les adaptant aux TOC. Ces modèles reposent sur la notion de causalité entre l'obsession et la compulsion : l'obsession provoquerait un sentiment d'anxiété, et la compulsion serait effectuée pour diminuer ce sentiment.

Cette notion a tout d'abord une **limite clinique**. En effet, l'existence d'un seul des deux grands symptômes – obsessions ou compulsions – permet de poser le diagnostic de TOC, et les patients atteints de TOC chez lesquels on ne retrouve aucune obsession ne sont pas rares. En l'absence d'obsession, les modèles cognitifs et comportementaux ne peuvent expliquer la présence de l'anxiété et des compulsions.

Plusieurs études de psychologie expérimentale (Hermans 2008 ; Van Den Hout 2009) ont réalisé des mises en situation - réelle ou virtuelle - de compulsions et ont observé la survenue d'anxiété et d'obsessions. Les auteurs ont parfois interprété comme un lien causal entre obsessions et compulsions par exemple devant la diminution de l'anxiété après une vérification. Mais ces études n'avaient pas pour objectif de préciser les liens entre anxiété, obsessions, et compulsions. Ce lien n'a donc pas été démontré scientifiquement.

Dans une étude (Clair, 2013) testant l'influence de l'anxiété associée à des stimuli visuels sur le nombre de vérifications, aucune corrélation entre le niveau d'anxiété attribué aux images et le nombre de vérifications n'a été retrouvée. De plus, des stimuli jugés neutres pouvaient être associés à des vérifications excessives.

Par ailleurs, il faut considérer les arguments indirects avec précautions. En effet, **les études neuropsychologiques des fonctions attentionnelles** chez les patients souffrant de

TOC montre un biais d'hypervigilance envers des stimuli émotionnels. Pourtant, ces études n'ont pas démontré que cette hypervigilance influencerait directement les compulsions. Considérer que cette hypervigilance est associée aux obsessions qui déclencheraient les rituels, n'est donc qu'une supposition, qui n'a pas été démontrée scientifiquement.

Enfin, ces études utilisent toutes la vérification comme modalité de compulsion, probablement car moins difficile à proposer en situation expérimentale. De ce fait, leurs conclusions sont difficilement généralisables à l'ensemble des TOC.

A l'encontre de la théorie cognitive, fondée sur des schémas dysfonctionnels sous-tendant l'obsession, les arguments expérimentaux portant sur la notion de responsabilité et de danger ne sont pas homogènes (Arntz, 2007). De plus, de nombreux patients décrivent des compulsions qui ne sont justifiées par aucun scénario catastrophe ni logique (notamment les compulsions d'ordre, de symétrie), et qui semblent donc bien indépendantes de tout schéma cognitif dysfonctionnel sous-jacent.

Enfin, bien que les techniques thérapeutiques qui découlent de ces modèles soignent de nombreux patients avec efficacité, les techniques de prévention de la réponse ou de restructuration cognitive ne marchent pas aussi bien que nous le souhaiterions (Ladouceur et al., 1999).

3) Le modèle d'hyperdétection de l'erreur

Pitman explique surtout la répétition des compulsions, afin de réduire le signal d'erreur interne, ce qui a l'effet paradoxal d'en générer un nouveau. Mais il n'explique pas pourquoi la détection d'erreur est focalisée sur certains éléments de l'environnement uniquement. Il n'explique pas vraiment non plus la place des obsessions dans la symptomatologie. (*Les signaux d'erreur induiraient des idées récurrentes de doute.)*

De plus, les données concernant la composante ERN des potentiels évoqués cognitifs, qui permet d'étudier la détection de l'erreur, et qui montre des amplitudes plus importantes chez les patients souffrant de TOC par rapport aux témoins malgré des performances identiques (Grundler, 2009), doivent être considérées avec précautions. En effet, le fait que l'amplitude de l'ERN ne se normalise pas après un traitement efficace du TOC (Hajcak, 2008), semble suggérer qu'il s'agit d'une anomalie « trait », non spécifique.

4) Les théories neuropsychologiques

a) L'hypothèse d'un déficit mnésique visuo-spatial comme étant à l'origine du doute et donc de la répétition du comportement pourrait effectivement s'envisager avec certaines modalités du TOC *(notamment les vérifications)*, mais ne peuvent pas expliquer certains sous-types cliniques du TOC *(ex : la peur de blasphémer ne peut pas être mise en lien avec un déficit de mémoire visuo-spatiale*.) De plus, si on suit ce raisonnement de l'hypothèse d'un déficit visuo-spatial, l'ensemble des actions de la vie quotidienne nécessitant ces capacités devraient être perturbées ce qui n'est pas le cas. Par ailleurs, ce modèle n'explique que le comportement répété, pas la place des obsessions. Il ne permet pas non plus d'expliquer par quels mécanismes les traitements psychothérapeutiques et médicamenteux ont une efficacité, ces traitements n'ayant pas d'action sur les processus mnésiques.

Une étude récente (Clair, 2013) montre que les patients souffrant de TOC sont aussi performants que des sujets sains lorsqu'on leur ôte la possibilité de vérifier, concernant leurs capacités mnésiques visuo-spatiales. La vérification ne serait donc pas une stratégie comportementale pour pallier un déficit mnésique. Plusieurs études ayant évaluées les capacités mnésiques visuo-spatiales n'ont montré aucun déficit chez les patients atteints de TOC (Harkness, 2009).

b) L'hypothèse d'un déficit métacognitif a bien été confirmée par quelques études, mais ne permet pas de rendre compte de l'ensemble des manifestations de la symptomatologie obsessionnelle et compulsive, ni de l'étiologie du TOC et des obsessions.

5) Les modèles neurobiologiques

Les modèles de Baxter et Schwartz proposent des liens entre les réseaux neuronaux - notamment les zones frontales et striatales, dysfonctionnelles dans le TOC - et la symptomatologie du TOC.

Pour confirmer l'hypothèse de Baxter, il faudrait pouvoir distinguer les corrélats neuronaux de l'obsession, et ceux du comportement compulsif. De plus, le modèle de Baxter ne tient pas compte de la voie hyperdirecte, mise en évidence après ses travaux.

Concernant l'hypothèse de Schwartz, la littérature neuroscientifique actuelle ne permet pas de tester précisément l'implication de l'hyperactivité des TANs comme à l'origine de la répétition du comportement.

Au total : Aucune étude n'a permis, à ce jour, d'affirmer ou d'infirmer qu'un comportement répété soit motivé par de l'anxiété associée à une sensation d'erreur chez les patients atteints de TOC.

Nous avons donc exposé les différents modèles explicatifs du TOC et leurs limites. A partir de ces constatations, et de nombreuses observations cliniques, l'équipe composée par :

- Anne-Hélène CLAIR, psychologue et docteur en neurosciences à l'Université Pierre et Marie Curie (UPMC) et à l'institut du cerveau et de la moelle épinière (ICM) de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière à Paris ;
- Vincent TRYBOU, psychologue clinicien et psychothérapeute cognitivo-comportementaliste au Centre des troubles anxieux et de l'humeur (CTAH) à Paris ;
- Elie HANTOUCHE, psychiatre, expert des TOC et troubles bipolaires, directeur du CTAH ;
- Luc MALLET, psychiatre, directeur de recherche (Inserm), à l'ICM ;
- Margot MORGIEVE, psychologue et docteur en sociologie des sciences à l'UPMC et à l'ICM ;

propose un nouveau modèle théorique explicatif, en s'appuyant sur les données scientifiques établies, mais en s'attachant plus particulièrement à ce que ce nouveau modèle soit en cohérence avec les descriptions sémiologiques que font les patients de leur trouble. A partir de cette nouvelle conceptualisation du trouble, appelée par les membres de cette équipe « modèle neurocomportemental », ceux-ci ont élaboré de nouvelles techniques thérapeutiques, dans lesquelles ils sont très attentifs à respecter la faisabilité des exercices par les patients. Ils exposent leur travail et leurs réflexions dans l'ouvrage « Comprendre et traiter les Troubles Obsessionnels Compulsifs : nouvelles approches », publié en 2013 aux éditions Dunod. Dans la suite de ce travail, nous mentionnerons par « les auteurs » l'ensemble des membres de cette équipe. Ces techniques très récentes qu'ils proposent n'ont pas encore été validées scientifiquement et sont en cours d'étude. Elles sont pour l'instant encore peu connues et peu répandues, ce qui a motivé leur présentation dans ce travail.

C) Un nouveau modèle explicatif : le modèle neurocomportemental

Plus de vingt théories ont cherché à expliquer le TOC, mais aucune ne s'est révélée complètement satisfaisante. Un point commun à l'ensemble de ces théories, est l'hypothèse que les obsessions et l'anxiété sont primitives et contraignent le patient à exécuter un comportement compulsif. Pourtant, lorsqu'on écoute un patient souffrant de TOC, sans vouloir le faire à tout prix entrer dans les modèles explicatifs existants, on s'aperçoit qu'il ne décrit pas : « J'ai une obsession, elle me provoque de l'anxiété, donc je ritualise. » Cette supposition concernant l'articulation des symptômes entre eux pourrait donc ne pas correspondre aux mécanismes réellement mis en jeu. Comme nous l'avons vu précédemment (Clair, In Press), l'anxiété n'est pas une variable indispensable pour induire les vérifications excessives. L'anxiété associée aux obsessions ne se poserait donc pas toujours comme un réel moteur du comportement répété dans le TOC. Ces comportements répétés, pathologiques et inadaptés, pourraient être rapprochés des automatismes impliquant les ganglions de la base (Graybiel, 2000). A partir de ces éléments, les auteurs font l'hypothèse que les obsessions seraient une construction anxieuse élaborée pour justifier ces comportements répétés automatiques.

Des observations cliniques de patients souffrant de TOC et de l'évolution de leur trouble ont conduit les auteurs à formuler **une nouvelle hypothèse, posant le comportement comme un élément central du TOC**. Parmi les observations cliniques <u>en faveur de cette nouvelle hypothèse :</u>

- certains patients présentent des compulsions sans obsessions associées ;
- les obsessions apparaissent parfois secondairement aux compulsions dans l'évolution de la maladie ;
- Chez d'autres patients au contraire, la composante obsessionnelle initiale tend à se « perdre » avec le temps, et ils effectuent des séquences comportementales répétées sans scénario associé.
- Les patients ne disent pas que ce sont les obsessions qui provoquent les rituels, mais la possibilité que leur donne leur environnement de ritualiser. Pourtant ils n'ont pas éradiqué la probabilité du danger, mais dès que l'environnement empêche les rituels, leur cerveau ne crée plus d'obsession. *(Exemple des patients avec rituels de lavage et obsession de souillure, pour lesquels le TOC se manifeste*

principalement chez eux, alors que lorsqu'ils sont invités chez des amis, ils ne ressentent pas le besoin de laver et ne sont pas parasités par des obsessions).

- De plus, quand l'environnement les prive de la possibilité de ritualiser, ils ne décrivent pas d'anxiété, alors que dès que l'environnement redevient propice leur anxiété devient importante et les pousse à ritualiser au plus vite. *(exemple des enfants qui ont peu de TOC en classe mais beaucoup de TOC à la maison.)*
- De nombreux patients reconnaissent l'absurdité de leurs pensées, mais sont anxieux et ritualisent quand même. L'anxiété et les rituels n'émanent donc pas de leurs obsessions.
- Certains patients décrivent qu'ils doutent sans anxiété. Il n'y aurait donc pas de lien de causalité entre doute et anxiété. Ces patients décrivent une contrainte de rituel sous le doute, ou d'autres plus rarement, indépendamment de tout doute et de toute anxiété, notamment dans les TOC de symétrie où la contrainte de ritualiser précède le doute : ce n'est donc pas le doute qui justifie le premier rituel. Les patients souffrant de TOC de symétrie nous montrent donc que le rituel semble être chez eux le moteur unique de la maladie (mais les études réalisées jusqu'à présent portent généralement sur les laveurs ou les vérificateurs).

Les différentes descriptions cliniques relatées par les patients amènent à considérer que le TOC est une maladie fondée sur la notion de contrainte. Le cerveau semble produire de la contrainte qui doit s'exprimer. Il y a une excitation d'origine cérébrale, soit due à une zone clairement excitée du cerveau, soit à une zone qui devrait inhiber et ne le fait plus. Cette dysfonction cérébrale entraînerait le phénomène de contrainte, si souvent décrit par les patients. Cette contrainte biologique va se canaliser dans des actes moteurs ou mentaux que sont les rituels. *(Comme si le cerveau envoyait une sensation de soif pour contraindre la personne à boire.)* Pour pousser le patient à ritualiser, il faut une émotion désagréable, car aucun patient ne s'embêterait à « vidanger » une contrainte neurologique sans une pression émotionnelle : c'est l'anxiété. L'anxiété va donc motiver l'expression comportementale de cette contrainte, et permettre une réponse immédiate. Cette anxiété peu ou non s'accompagner d'une obsession, qui est un « moyen de pression intellectuel ». L'excitation du cerveau le conduit à fixer une pensée, et ne pas pouvoir l'abandonner tant que l'excitation n'est pas retombée. Cette excitation est tellement puissante qu'elle rivalise avec la réflexion rationnelle du patient.

Le conditionnement opérant relance l'excitation du cerveau à chaque fois que la personne est face à une situation qui a été ritualisée ou évitée, et l'obsession redevient alors envahissante et fixe, alors que le patient la considérait absurde quelques minutes auparavant.

Le doute semble suivre le même schéma et serait dépendant de l'excitation du cerveau. Le doute serait un désaccord entre les zones provoquant la contrainte biologique de contrôle d'une part, et l'intellect, représenté par les structures cérébrales fonctionnant normalement, et ne détectant pas objectivement de danger. Une fois les rituels terminés (quand l'excitation cérébrale est retombée), les patients ne doutent plus. On constate par ailleurs que le doute diminue à mesure que les patients progressent vers la guérison dans la prise en charge. Les modèles cognitifs classiques amèneraient à penser logiquement que le doute diminue grâce à la restructuration cognitive. Hors, des études montrent de bons résultats avec exposition sans restructuration cognitive (Nathan et Gorman, 1998).

Au total : Le modèle neurocomportemental part du postulat que des zones du cerveau sont dysfonctionnelles, avec une implication de la sérotonine, comme fondement de tout le fonctionnement du TOC. Le rituel serait l'expression première de ce dysfonctionnement. Obsessions, anxiété, et doute n'en seraient que les conséquences. Il s'agit d'un modèle bidirectionnel, les rituels maintenant et renforçant l'ensemble des manifestations obsessionnelles et compulsives et donc les dysfonctions cérébrales. Le fonctionnement du TOC émanerait donc d'un dysfonctionnement de zones cérébrales, provoquant un besoin de contrôle se vidangeant dans des rituels.

D) La thérapie neurocomportementale des TOC

Cette nouvelle conception appelle à des modifications des techniques de prise en charge psychothérapeutique du TOC avec :

- **Des techniques comportementales** en accord avec la notion de contrainte qui serait « vidangée » dans les rituels, moteur du fonctionnement du trouble. Les exercices seront donc axés principalement sur les rituels, et le renforcement qu'ils exercent sur le trouble par conditionnement opérant. Cela ne signifie pas que la souffrance engendrée par les obsessions et le doute soit moindre, mais simplement que ces symptômes ne sont pas à l'origine du trouble mais en sont des conséquences.
- **Des techniques cognitives** fondées sur la psychoéducation du fonctionnement du trouble et non plus sur le calcul de probabilités, considérant que la notion de contrainte biologique prévaut sur la notion de surestimation des dangers.

1) La psychoéducation du patient

Il semble important dans toute thérapie, d'expliquer au patient son diagnostic et le fonctionnement de sa maladie, d'autant plus qu'on lui propose des exercices provoquant de l'anxiété. La motivation du patient sera en effet d'autant plus importante qu'il comprend l'utilité des exercices qu'on lui demande de faire, et qu'il fait confiance à son thérapeute.

Les auteurs ont élaboré pour cela une fiche explicative du fonctionnement du TOC (Annexe 3) qu'ils remettent au patient en début de thérapie. Cette fiche permet de résumer simplement et de façon ludique le fonctionnement du trouble, par le modèle neurocomportemental. Cela permet au patient de comprendre comment agit son cerveau, pourquoi il présente de tels symptômes et pourquoi il a du mal à lutter contre.

Ce texte de psychoéducation insiste sur les points suivants :

- L'origine du trouble est un dysfonctionnement biologique cérébral, entrainant une excitation de la zone du contrôle.
- Cette zone a besoin de « se vidanger ».
- Elle exige pour cela des rituels, et produit de l'anxiété.

- Cette excitation entraîne, dans son emballement, des pensées banales qui sont transformées en obsessions.
- Cette excitation entraîne un désaccord entre deux messages contradictoires : le doute.
- Les rituels provoquent une automatisation de la maladie et une hyperréactivité du cerveau devant tout ce qui lui rappelle l'obsession.

L'explication de l'origine cérébrale fonctionnelle du trouble permet souvent de soulager les patients d'une culpabilité ressentie par nombre d'entre eux devant le constat du caractère irrationnel de leurs symptômes et de manière contradictoire du caractère irrépressible de continuer à ritualiser, douter et présenter des obsessions. Le constat de ce décalage les amène alors souvent à avoir un jugement très péjoratif d'eux-mêmes. Par ailleurs, la compréhension du caractère bidirectionnel du maintien du trouble, avec l'aggravation du dysfonctionnement cérébral par la réalisation des rituels, semble primordiale pour donner du sens aux exercices qui seront proposés visant à modifier ces réponses comportementales pathologiques, pour justement ne plus renforcer le trouble. En effet, comment un patient pourrait-il trouver la motivation suffisante pour ne plus répondre à la forte contrainte que veut lui imposer son cerveau, s'il n'a pas compris que répondre à cette contrainte aggrave son TOC. Les auteurs conseillent donc de relire attentivement cette fiche avec les patients, et d'y revenir aussi souvent que nécessaire, si certains aspects n'ont pas été durablement intégrés, ou si la motivation du patient diminue et qu'il ne voit plus très bien le sens de poursuivre ses exercices. Toutes les questions du patient devront nécessairement aboutir à la relecture de ce texte.

Dans ce contexte, les discussions sur la thématique des obsessions sont inutiles en séances de thérapie. En effet, on explique au patient que c'est sa façon de penser qui est dysfonctionnelle, et que par conséquent, discuter de la véracité et de la probabilité du contenu de ces pensées n'a pas d'intérêt, puisqu'on sait que leur contenu est erroné. *(Si on travaille sur les probabilités, on accepte que le cerveau a raison de s'inquiéter.)*

Le support de la fiche permet également de bénéficier d'un support concret sur lequel s'appuyer et revenir pendant la thérapie, et de donner un caractère stable et solide au discours du thérapeute, important pour l'alliance thérapeutique, notamment avec les patients anxieux. Le patient a besoin de sentir que le thérapeute maitrise son sujet et que son modèle théorique est bon.

2) La psychoéducation de l'entourage

Il apparait tout aussi important d'expliquer le fonctionnement du trouble à la famille, afin qu'ils ne soient pas en opposition avec l'efficacité thérapeutique. En effet, une mauvaise information de l'entourage peut aboutir à des comportements d'aide inadaptés. Par exemple, lorsque la famille dénigre les symptômes du patient comme s'il s'agissait d'un caprice, d'un jeu, d'une volonté de ne pas grandir ou d'attirer l'attention, elle renforce par ce biais les sentiments de honte et de culpabilité du patient. Pour maintenir la motivation du patient, il est important que celui-ci sente que sa maladie est considérée en tant que telle par son entourage.

La fiche de psychoéducation pourra donc également être expliquée et remise également à la famille, afin que celle-ci puisse aider au quotidien le patient à revenir à l'origine biologique de son trouble dans les moments de doute ou d'anxiété.

On va donc demander à la famille, en contractualisant ces consignes avec le patient :

- d'une part de ne plus rassurer celui-ci quant au contenu de ses obsessions lorsqu'il le demande, mais de rappeler l'origine biologique ;
- d'autre part, de ne plus participer progressivement aux rituels quand le patient le demande, pour ne plus renforcer la maladie. En effet, si le patient se rend compte qu'insister ne fonctionne plus, il n'a plus la possibilité de ritualiser autant que son cortex préfrontal le souhaiterait et sa maladie est moins renforcée.

3) La restructuration cognitive

Elle va donc se construire exclusivement sur la psychoéducation dans ce modèle. Le but est de constamment ramener le patient à son diagnostic avec l'explication biologique de son trouble : l'excitation cérébrale. L'idée est d'arriver, à terme, à ce que le patient ne s'étonne même plus de penser de cette façon. On va donc demander au patient de s'entraîner à identifier son trouble de façon automatique : obsessions, doute, anxiété, rituel, besoin de réassurance *(de la même façon qu'il sait identifier les symptômes d'une grippe ou d'une angine.)* Quelles que soient les thématiques de son TOC, il va toujours retrouver les mêmes composantes. On va donc lui demander d'apprendre à repérer ses symptômes plutôt qu'écouter ce qu'ils disent. Le doute est souvent le symptôme le plus difficile à identifier en tant que tel. Mais tant que ça n'est pas le cas, la thérapie d'exposition reste compliquée car le doute alimente les évitements. La restructuration cognitive doit donc porter sur la parfaite

reconnaissance que le doute est construit sur des suppositions, utilisées par le cerveau pour justifier les rituels, (afin de vidanger son hyperactivité), et non pas sur des arguments réels. De plus, l'adhésion à ces suppositions est due non pas à leur pertinence, mais à l'excitation du cerveau. Deux autres fiches explicatives, l'une sous la forme d'un jeu de rôle, pour montrer que le doute n'est pas la preuve d'un danger mais bel et bien un symptôme *(Annexe 4)* ; l'autre aidant à différencier le doute dans le TOC, et le doute devant la perception d'un danger réel *(Annexe 5)* ; sont également proposées par les auteurs. On va donc travailler avec le patient sur le repérage et l'identification systématique du doute et des suppositions qui l'alimentent.

Chez les patients qui restent réfractaires à ces explications, et qui adhèrent très fortement à la probabilité de survenue d'un danger, une fiche d'argumentation complémentaire *(Annexe 6)* avec une partie récapitulative à relire à chaque fois que survient une obsession, pourra être travaillée avec le patient. Chez ces patients résistants, souvent étiquetés comme ayant un faible insight, l'anxiété est souvent très importante et les empêche d'accéder au rationnel. L'application des techniques comportementales va souvent permettre chez eux un meilleur insight, du fait de la diminution de l'anxiété. L'augmentation de l'insight est ainsi paradoxalement plus souvent liée aux techniques comportementales que cognitives.

4) Evaluation préliminaire de l'efficacité de la psychoéducation dans le cadre d'une psychothérapie du TOC

Les auteurs proposent d'évaluer dans une étude (Trybou 2011) l'effet sur les symptômes du TOC de la psychoéducation en préliminaire d'une thérapie comportementale de groupe chez des patients atteints de TOC. La psychoéducation vient se substituer ici aux techniques cognitives habituellement utilisées dans la prise en charge des TOC en TCC. Cette étude n'est pas encore publiée mais ils en présentent les premiers résultats dans leur ouvrage.

Onze patients atteints de TOC ont donc participé dans le cadre de cette étude à un groupe de psychothérapie comprenant quinze séances hebdomadaires. Les cinq premières séances étaient consacrées à la psychoéducation puis les dix suivantes à la thérapie comportementale. Les premiers résultats montrent que la psychoéducation seule permettrait une réduction des symptômes obsessionnels et compulsifs au score de la Y-BOCS, avant même le début de la thérapie comportementale. Une amélioration significative du score de la BABS était

également retrouvée après les séances de psychoéducation, suggérant une meilleure critique des symptômes par le patient et une amélioration des capacités d'insight.

Par ailleurs, une réduction de la sévérité des obsessions a également été observée en l'absence de thérapie cognitive, suggérant que la psychoéducation pourrait être une alternative possible aux techniques cognitives classiques.

5) Techniques comportementales : principes et mécanismes sous-jacents

L'**exposition** et la **répétition** sont deux éléments impératifs de l'apprentissage en TCC. L'ensemble des techniques comportementales de cette nouvelle approche, sont elles aussi construites sur l'exposition. La compréhension par le patient des processus que les techniques engendrent est primordiale, si on souhaite que le patient applique correctement et durablement ces techniques. En effet, elles vont lui permettre d'agir sur la notion de contrôle pathologique, et d'acquérir de nouveaux apprentissages. Aussi, les auteurs ont élaboré pour chacune des techniques proposées, des métaphores sous forme de petites histoires, expliquant les processus en jeu.

a) La contamination totale

Dans leur discours, les patients décrivent un arrêt des obsessions, de l'anxiété, du doute et de l'envie de ritualiser quand ils sont dans une situation ne permettant plus le rituel. Il semblerait donc que le cerveau, devant l'impossibilité matérielle, « comprenant » qu'il ne pourrait pas vidanger son excitation dans des rituels, arrêterait de « s'hyperactiver » et donc de produire momentanément obsessions, doute et anxiété.

La contamination totale est une technique spécifique aux patients souffrant de TOC de contamination. Cette technique part du principe que ce n'est pas le danger qui pose problème mais le besoin de protection avec la notion de territoire à protéger. S'il n'y a plus de territoire « propre », il n'y a donc plus besoin de contrôler ce qui est « sale », contaminé. La technique va donc se baser sur la contamination totale du territoire « propre », afin que le patient n'éprouve plus le besoin de ritualiser, au lieu de lutter au prix d'efforts importants comme dans la prévention de la réponse. Si le cerveau est dans l'impossibilité matérielle de vidanger son excitation, il ne prend pas la peine de produire de l'anxiété et des obsessions. Ainsi, quand le patient « bloque » son cerveau en contaminant la maison dans sa totalité, c'est lui qui maitrise la situation, pas son TOC, car justement le cerveau n'a plus aucun « territoire à

défendre ». En revanche, tant que la maison reste partiellement propre, le TOC a une marge de manœuvre immense pour agir.

Cette technique peut paraitre assez surprenante, y compris pour les thérapeutes, et faire penser au flooding, processus que l'on déconseille généralement d'utiliser en TCC car provocant une anxiété extrêmement forte par l'exposition à un stimulus trop anxiogène, qui va mettre le patient en difficulté et ne pas avoir le bénéfice escompté par l'exposition du fait de l'impossibilité du patient de rester exposé jusqu'à ce que l'anxiété diminue. Hors, la technique de la contamination totale est très différente du flooding, puisqu'à l'inverse, bien que le stimulus puisse paraître extrêmement anxiogène, le cerveau ne va au contraire pas produire d'anxiété puisque le stimulus anxiogène n'est pas « le sale » ou la partie contaminée, mais au contraire le territoire décontaminé, « propre », à défendre. Cette conception semble souvent étrange également aux patients, au premier abord, et ils sont souvent réticents lorsqu'on leur présente la technique, avec la crainte d'être très anxieux et de perdre totalement le contrôle. Il va donc être important de bien leur expliquer qu'il s'agit au contraire de la meilleure des maîtrises, car si le cerveau n'a plus de territoire à contrôler, il ne produira pas d'anxiété, car c'est le besoin de contrôler qui provoque l'anxiété, pas « le sale ». La contamination totale va donc permettre, paradoxalement à ce qu'on pourrait imaginer, l'arrêt immédiat et définitif de l'anxiété.

Pour mieux comprendre l'intérêt et le fonctionnement de cette technique, la métaphore de « la petite histoire de la bergerie », peut être lue et discutée avec le patient *(Annexe 7).*

En pratique, la contamination totale va suivre un protocole strict, construit sur une réduction progressive du territoire à protéger, en faisant « tomber des parcelles » les unes après les autres, mais chacune de façon totale. Le but est de rendre l'environnement inapte aux rituels. On agit donc sur les conditions permettant le rituel et non sur le rituel lui-même, contrairement à la technique de prévention de la réponse. La notion de progressivité porte ici sur le domaine spatial, alors que dans les TCC classiques, elle concerne la hiérarchie des situations selon leur difficulté, et donc selon l'intensité de l'anxiété.

b) Le décalage

La technique du décalage vise à calmer l'excitation du cerveau en faisant perdre le réflexe du « TOC immédiat ». Lorsque le patient éprouve le besoin de ritualiser, s'il effectue très rapidement son rituel, il envoie le message à son cerveau que le danger est tellement grave qu'il nécessite un rituel immédiat. Cela va renforcer l'intensité de la contrainte et de l'anxiété.

Si le patient s'interdit complètement de ritualiser, le cerveau, qui a besoin de contrôler, produit d'autant plus d'anxiété jusqu'à céder à un moment ou à un autre. En revanche, si on apprend à ritualiser sans urgence, le cerveau qui garde le droit de contrôler devient « moins exigeant » et diminue son excitation avec le temps. Ainsi si l'excitation est moins forte, la force de la contrainte qui pousse le patient à ritualiser devient moins forte également. Le patient se donne donc le droit de ritualiser exactement comme le souhaite son TOC pour satisfaire le besoin de contrôle, mais il doit reporter à plus tard l'exécution du rituel autorisé. On agit donc sur l'immédiateté, le « craving », et non sur le rituel lui-même.

La métaphore permettant de mieux expliquer ce mécanisme au patient est « La petite histoire de Madame Colère » *(Annexe 8).*

Le motif de réticence fréquemment rapporté par les patients pour l'application de cette technique est la crainte qu'elle leur fasse perdre du temps. Il est donc important d'expliquer au patient que les pauses que l'on va introduire entre chaque rituel vont diminuer l'excitation de son cerveau. Et si son cerveau est moins excité, la contrainte à ritualiser sera beaucoup moins forte. Les rituels seront donc beaucoup plus rapidement terminés. Effectivement les pauses vont prendre du temps, mais jamais plus que le temps perdu habituellement à faire les rituels. Ainsi, pendant que le patient « perd du temps à faire des pauses », il ne renforce pas sa maladie, et rapidement, il aura moins besoin de faire de pauses, car son cerveau lui demandera moins de faire des rituels.

Il a été observé avec cette technique, lorsqu'elle est bien réalisée, une diminution de 50% des rituels la première semaine, et de 70 à 80 % en 15 jours. Quant aux obsessions, elles diminuent généralement quelques semaines plus tard, avec la diminution de l'excitation du cerveau. Il peut être important de rapporter ces observations au patient afin d'augmenter sa motivation à mettre en pratique la technique.

c) La provocation et le sabotage

Le conditionnement opérant en TCC classiques nous apprend que la répétition d'un comportement renforce la maladie. Mais lorsque ce comportement est remplacé systématiquement par une nouvelle attitude, il s'opère de nouveaux apprentissages. Pour créer ainsi de nouveaux apprentissages, les techniques de la provocation et du sabotage consistent à modifier la façon de réaliser les rituels, et de persister à les faire d'une façon qui ne correspond pas à ce que demande le TOC. Le patient doit donc faire l'inverse de ce que son TOC lui demande (provocation), et s'engager à détruire systématiquement tout rituel qui vient

d'être fait (sabotage). La finalité est de modifier le fonctionnement pathologique du cerveau. Les deux premières techniques présentées, même si elles ne partent pas du même principe, reviennent en fait également à modifier les habitudes automatisées et créer ainsi de nouveaux apprentissages.

Pour expliquer les processus sous-jacents à cette nouvelle technique, les auteurs proposent la métaphore de « La petite histoire de la nappe. » *(Annexe 9).* Cette métaphore met en évidence l'inutilité de faire des rituels complexes et longs s'ils sont « sabotés » volontairement immédiatement après.

Les réticences évoquées par les patients à la mise en application de cette technique sont là encore la perte de temps qu'ils craignent d'occasionner, s'ils doivent saboter puis ritualiser à nouveau derrière pour resaboter, indéfiniment. Paradoxalement, la technique du sabotage va au contraire permettre d'arrêter les rituels plus rapidement. On peut mentionner au patient pour augmenter sa motivation que les patients ayant appliqué cette technique rapportent mettre moins de temps que s'ils font leurs rituels comme le TOC l'entend. En effet on observe une diminution de 25% des rituels la première semaine puis ainsi de suite. Mais pour cela, il est important de réellement saboter tout rituel, et de ne pas se dire d'avance qu'après quelques sabotages, on refera un dernier rituel, sinon c'est effectivement le TOC et son fonctionnement pathologique qui auront « le dernier mot ».

Dans les cas où le sabotage ne fonctionne pas, c'est sans doute qu'il ne porte pas sur l'élément crucial du rituel, qu'il faudra alors investiguer plus précisément lors de l'anamnèse. Parfois, la simple explication de cette technique suffit à supprimer les rituels. En effet, les patients décrivent que la simple perspective de devoir saboter les rituels les dissuade de commencer à les faire, et que leur cerveau s'est spontanément arrêté de leur imposer de ritualiser.

d) La nomination et le laisser couler

Lorsque le patient a bien intégré les notions de psychoéducation, il peut alors prendre conscience que les manifestations de la maladie sont cohérentes compte tenu de la biologie de son cerveau. Un nouvel apprentissage peut donc consister à prendre peu à peu l'habitude de « laisser couler » ces évènements internes plutôt que lutter contre. Ainsi les symptômes ne sont pas renforcés par le comportement dysfonctionnel habituel. Les nouveaux apprentissages vont peu à peu remplacer les comportements automatisés pathologiques.

Face à ses obsessions et son anxiété, le patient doit donc se rappeler qu'il a des obsessions parce qu'il a un diagnostic de TOC, et non car la situation est risquée. On lui conseille donc de nommer sa maladie, et de laisser couler ce qu'elle lui dicte, puisque quels que soient les obsessions ou les rituels imposés, ce ne sont que des conséquences des dysfonctions cérébrales liées à son TOC. Ces techniques évoquent celles utilisées en Pleine Conscience ou en Thérapie d'Acceptation et d'Engagement, mais elles sont ici issues d'un autre modèle explicatif.

La métaphore proposée ici par les auteurs pour expliquer le mécanisme et l'intérêt de cette technique est « La petite histoire du Voisin. » *(Annexes 10).*

Laisser couler peut être difficile à mettre en place en pratique, car on ne peut pas s'empêcher de penser sur commande. C'est pourquoi associer cette technique à la nomination est important. En effet, se répéter une phrase neutre comme « c'est un TOC », ou « c'est un bruit dans ma tête » permet d'occuper l'esprit par autre chose que l'obsession.

Les craintes des patients quand on leur présente ces techniques, sont principalement que l'obsession ne passe pas tant qu'un rituel n'aura pas été effectué, et leur reste des heures en tête. Il est donc important de bien leur expliquer que lorsqu'on laisse couler, on ne renforce pas la maladie. Ainsi en appliquant cette technique, les ruminations mentales vont diminuer. En revanche, si on exécute son rituel, on relance l'hyperactivité du cerveau et une autre obsession surviendra et ainsi de suite. L'enjeu de cette technique n'est pas de donner une réponse à la rumination, mais qu'à terme il n'y ait plus de ruminations. Les patients s'inquiètent aussi du fait que de se répéter « c'est un TOC, c'est un TOC », leur prenne au final plus de temps que de faire leur rituel. Mais cette phrase neutre ne demande aucun effort et aucune analyse intellectuelle à l'inverse des rituels mentaux qui peuvent être très coûteux en énergie.

Au total : L'ensemble de ces techniques consiste donc à adopter une nouvelle attitude face à la maladie après en avoir compris le fonctionnement. Ainsi le patient devra bloquer son cerveau dans ses capacités de ritualiser, décaler ce qu'il souhaite normalement faire au plus vite, saboter ce qu'il cherche généralement à contrôler, et laisser couler des pensées contre lesquelles il lutte habituellement.

e) La lutte contre les évitements

De nombreux patients sont tellement agacés de perdre du temps et d'être anxieux à cause de leurs rituels qu'ils optent pour des évitements parfois massifs *(ex : ne touchent plus à rien, laissent les autres ouvrir les portes…)* pour ne pas avoir à faire de rituels. Les évitements peuvent être moteurs, mais aussi mentaux et ces derniers sont souvent oubliés par le thérapeute.

Les TCC classiques mentionnent les évitements mais n'insistent pas sur leur importance. Pourtant, si un patient ne ritualise plus mais passe sa journée à éviter de s'exposer aux situations qui déclenchent son TOC, il est loin d'être guéri. Dans l'exposition avec prévention de la réponse, le thérapeute qui se concentre sur la prévention de la réponse, en oublie souvent l'exposition, et les évitements associés. Ce manque de considération pour les évitements est bien illustré par le fait que la Y-BOCS, principale échelle d'évaluation de l'intensité du TOC, ne comporte aucun item de mesure directe des évitements.

La thérapie neurocomportementale va en revanche accorder une place très importante à la lutte contre les évitements, quitte à ce que le patient conserve dans un premier temps ses rituels. En effet, supprimer les évitements équivaut finalement à être en exposition permanente, donc à un apprentissage permanent et une habituation beaucoup plus rapide que si le patient fait quelques exercices d'EPR en maintenant par ailleurs ses évitements. Quand l'habituation a eu lieu, les TOC diminuent grâce au conditionnement opérant.

En revanche, la prévention de la réponse sans avoir éradiqué les évitements, ne permet que très peu l'habituation. En effet, le patient reste alors en hypervigilance constante pour maintenir les évitements.

De plus, les évitements sont des renforçateurs du TOC bien plus importants que les rituels eux-mêmes par conditionnement opérant. En effet, alors que l'exécution du rituel envoie le message au cerveau « ça n'est pas grave, ça part au lavage/en vérifiant/en comptant… », l'évitement envoie le message « c'est tellement grave que même le rituel ne servirait à rien.»

La technique du décalage semble un bon moyen de motivation pour lutter contre les évitements, puisqu'elle permet un « filet de sécurité » au patient qui craint d'être trop anxieux s'il n'évite pas/s'expose. Cette technique lui donne le droit de faire son rituel à un moment, ce qui permet souvent de se lancer dans les exercices et de ne plus éviter avec moins d'appréhension.

E) Application des techniques

1) Protocole d'application de la contamination totale :

La première étape se déroulera dans le cabinet du thérapeute et consistera à prendre conscience que la contamination totale fonctionne.

On fait tout d'abord faire le constat au patient que lorsqu'il touche un objet très contaminant *(exemple type : une poubelle)* et qu'il attend que l'anxiété diminue, celle-ci persiste, car le patient est en hypervigilance pour éviter de contaminer le reste de son corps ou ses affaires. Finalement, tant que les territoires du visage et des vêtements restent propres, la main est un danger sur lequel le cerveau fait une fixation, avec une production d'anxiété, qui persiste tant que la main est sale. En revanche, si le patient touche une poubelle ou le dessous de ses chaussures avec sa main, et contamine immédiatement ses cheveux, son visage et ses vêtements (formule « CVV »), son corps est alors entièrement contaminé. Le patient n'a alors aucun moyen matériel de se laver en entier dans le cabinet. Pour sécuriser le patient, on lui donne le droit de se laver les mains immédiatement, puis de prendre une douche et laver ses vêtements une fois rentré chez lui. Ainsi, s'il craint d'être très anxieux, le fait de savoir que cette anxiété, si c'est le cas, ne durera que le temps du trajet retour jusqu'à chez lui, le sécurise.

On associera ici la technique du décalage concernant tous les rituels de réassurance *(ex : questions à l'entourage, vérifications sur internet…)* et on fera des rappels systématiques à la psychoéducation. On explique au patient que cet exercice sera à refaire tous les jours. Passer des heures à réaliser ses rituels de lavage ne servira donc à rien, et le simple fait d'en prendre conscience peut permettre une diminution spontanée des rituels, comme pour la technique du sabotage.

En pratique, lors de la réalisation de la contamination « CVV » pendant la consultation, les patients constatent que l'anxiété diminue et que l'impression de sale les quitte en quelques minutes. Cela signifie que l'anxiété n'est pas produite par « le sale », sinon l'impression ne passerait pas, mais par la notion de contrôle du territoire.

La deuxième étape consiste en la systématisation du CVV à l'extérieur : le patient devra faire un CVV le matin, et ainsi partir travailler en étant sale des pieds à la tête. Etant déjà totalement contaminé, rien de plus ne pourra le contaminer davantage dans la journée. Et étant

dans l'impossibilité matérielle de se décontaminer jusqu'au soir, l'anxiété sera nulle. Après avoir passé des journées entières à être sale sans que rien ne se produise, le phénomène d'habituation se fera très rapidement. On peut ensuite conseiller au patient de remettre ses habits sales de la veille le matin. Après plusieurs semaines, le patient constate que la saleté extérieure lui semble normale, et au fur et à mesure que le processus d'habituation s'effectue, il ressent de moins en moins le besoin de se doucher et de laver ses affaires en rentrant. Les douches deviennent de plus en plus courtes, jusqu'à une durée « normale ». De plus, si le patient sait qu'en sortant de la douche, il se sèchera dans une serviette « sale », le rituel de douche diminuera de lui-même sans effort. Chez les patients sortant peu de chez eux et évoluant dans un univers d'évitements, il est important qu'ils suppriment ces évitements et se forcent à sortir de chez eux plusieurs heures par jour.

La troisième étape est le fractionnement de la maison. Comme le patient l'a fait avec son corps à l'extérieur, il va devoir effectuer une contamination totale de l'intérieur de sa maison. Si cette idée lui semble trop inquiétante, il est autorisé dans un premier temps à ne pas contaminer sa chambre pour garder un lieu « de secours ». Cela permet de le motiver à contaminer tout le reste de la maison. Chez les patients décrivant des zones propres et des zones sales au sein de la maison, il faut leur demander progressivement d'augmenter le nombre de zones sales et de diminuer les zones propres.

La dernière étape est la contamination totale de la maison. Après la réalisation des étapes précédentes, le patient évoluant déjà toute la journée dans un environnement contaminé, il a le plus souvent largement dédramatisé le sale et la réalisation de cette dernière étape lui pose peu de difficultés. Une fois que l'intégralité de la zone cible est contaminée et qu'il n'y a plus aucun territoire à protéger, le cerveau ne produit plus d'anxiété.

Il est important d'intégrer à cette technique celle du **sabotage** et de la **provocation**, afin qu'une fois le propre transformé en sale, le patient ne relave pas tout en sens contraire. Cela évitera des attaques de panique, par prise de conscience de tout ce qu'il faudra faire pour revenir au propre si la possibilité en est laisser. Il faut donc que le patient s'engage à recontaminer tout ce qu'il lave, afin que le cerveau comprenne qu'aucune propreté ne durera plus de quelques secondes ou minutes. Tant que le patient n'est pas prêt à s'engager dans un sabotage systématique, la technique de la contamination totale ne peut être envisagée.

Il est important d'effectuer le CVV et la contamination totale de la maison avec la chose la plus sale que redoute le patient afin d'effectuer l'exposition la plus efficace possible sur son propre TOC. Si le patient est trop inquiet d'effectuer cette contamination, il peut être intéressant de commencer par une contamination intermédiaire *(ex : sol de la maison plutôt que sol de l'extérieur, dessus de la chaussure plutôt que semelle, etc…)* Là encore, cela peut être un facteur de motivation pour le patient, et être un tremplin pour l'exercice qui lui semble plus difficile ensuite.

Chez certains patients, on constate également la présence d'une image mentale de saleté provoquant des rituels. Il est alors intéressant de les exposer à cette image : leur demander de fermer les yeux et maintenir plusieurs minutes l'image de saleté dans leur esprit. L'étape suivante sera de leur demander de faire un CVV tout en imaginant ces images comme s'ils les « étalaient » sur leur corps. Si l'image mentale est systématiquement maintenue, les intrusions mentales vont peu à peu disparaitre.

2) Rituels de symétrie, de perfection des gestes

La technique principalement utilisée sera ici le **sabotage**. Le but est de casser les automatismes pathologiques enregistrés en faisant l'inverse de ce que le patient a l'habitude de faire. *(ex : Marcher volontairement sur des lignes habituellement enjambées, laisser volontairement le tiroir/la porte entrouverte s'il doit être habituellement fermé, déplacer ce qui doit habituellement être à une place précise, faire 3 ou 5 fois ce qui doit habituellement être fait 4 fois, prendre du côté droit ce qui doit habituellement être pris du côté gauche…)* Si l'envie de ritualiser reste très forte, le patient peut soit ritualiser puis saboter à nouveau, ou alors saboter des dizaines de fois à la suite. C'est parce que le patient recommencera inlassablement le sabotage que le TOC cèdera. Dans un premier temps, si l'anxiété de ne pas terminer par un rituel correct est trop forte, et que l'exercice n'est pas acceptable par le patient, on peut l'autoriser à terminer par un rituel à condition d'avoir réalisé au moins 5 ou 10 sabotages. Ainsi il se sent sécurisé et un travail d'habituation commence à s'effectuer pendant la série de sabotage.

Il est possible d'intégrer du **décalage** entre chaque répétition, afin de diminuer plus rapidement l'excitation du cerveau.

3) Rituels d'annulation de pensée avec répétition d'action

Parmi cette catégorie de TOC, on peut distinguer différents sous-types :

- La primauté de la pensée : Ce qui compte pour le patient est que la pensée ou l'image négative soit remplacée par une image positive. Les répétitions vont donc être motivées par le besoin que l'image ne soit pas parasitée par une nouvelle image négative ou un bruit par exemple. Les exercices vont donc consister à s'exposer aux images et aux pensées négatives en les démultipliant, et « salir » les répétitions de geste avec ces images.
- La primauté de la perfection du geste : Ce qui compte pour le patient est que le geste soit le plus précis et parfait possible, l'obsession étant secondaire. On va miser ici sur la technique du sabotage : le patient devra refaire systématiquement des gestes mal faits.
- La primauté du chiffre : Ce qui compte pour le patient est de tomber systématiquement sur un chiffre précis, on lui demandera de finir systématiquement son rituel par un chiffre qu'il n'aime pas.
- La primauté de la contamination si le rituel n'est pas fait. C'est en quelques sortes un TOC de contamination mais mentale, l'image étant salissante et le TOC d'annulation et de répétition faisant office de lavage. On va donc appliquer le protocole de contamination totale, mais en contaminant avec les pensées ou images négatives au lieu de la poubelle ou des chaussures.

4) Rituels d'annulations de pensées sans répétition d'action

Certains patients décrivent des images, mots ou pensées intrusives qu'ils tentent de bloquer ou de remplacer par d'autres images plus acceptables.

Un premier exercice va être d'apprendre à ne plus bloquer ces pensées et à les laisser couler, comme une musique de fond et en utilisant la **nomination** : « c'est un TOC, c'est un dysfonctionnement de mon cerveau. » La limite de cette technique est qu'elle ne permet pas l'habituation. On peut également utiliser la technique de la **provocation** en se bombardant volontairement de cette pensée pendant une minute puis plus longtemps si possible. On pourra par la suite se répéter les mots interdits à voix hautes, puis le pire scénario imaginé, plusieurs fois à la suite afin de provoquer une habituation. Si certaines phrases sont trop angoissantes, on peut lui demander de commencer par répéter des phrases intermédiaires.

Si le patient remplace malgré lui une pensée négative par une pensée positive (donc ritualise), il devra reproduire une pensée négative immédiatement.

Si le patient stagne malgré la réalisation de ces exercices, il faut rechercher si les exercices sont vraiment ciblés sur l'obsession principale du patient, et si le patient ne fait pas d'évitements cognitifs *(ex : « je veux que ma mère tombe malade » est différent de « je veux que ma mère tombe malade d'une maladie incurable et en crève »)*

5) Obsessions agressives et « phobies d'impulsion »

Parmi les thématiques des obsessions, certains patients ont des images ou pensées sexuelles, agressives ou impulsives *(ex : peur de devenir homosexuel, pédophile, nécrophile, zoophile, de tuer, étrangler, poignarder, de pousser quelqu'un, de toucher les organes génitaux de quelqu'un, de dire des paroles obscènes ou racistes en public, de blasphémer …)* ce qui entraine de l'anxiété et des rituels pour bloquer ces images ou les remplacer, et des rituels de réassurance pour se prouver que c'est faux ou rituels mentaux de répétition de type « non je ne souhaite pas cela », ou sous la forme de prières. Donc même si la thématique diffère des TOC plus classiques, on retrouve exactement les mêmes mécanismes, si ce n'est que ces patients ont un doute renforcé par les interdits et les sanctions de la société et par les sensations physiques qu'ils ressentent. En effet, ces patients décrivent souvent des sensations floues, effrayantes, qu'ils ont du mal à identifier comme étant de l'anxiété ou bien du désir ou un accès de folie. Le caractère violent, obscène ou illégal en fait des TOC difficiles à avouer, et les patients n'en parlent parfois qu'après de nombreuses séances. Il est alors important de les déculpabiliser en leur expliquant que les autres patients souffrant du même type de TOC décrivent le même type de sensations, et que cela relève de l'hypervigilance de leur cerveau dans ces moments-là.

La prise en charge est donc similaire à celle des TOC plus classiques. Les techniques que l'on utilisera ici plus particulièrement sont :

- **l'exposition en imagination** aux images ou aux pensées, volontairement pendant plusieurs minutes ;
- le **laisser couler** et la **nomination**, plutôt que les rituels de réassurance ;
- le **décalage** des rituels de réassurance si le patient reste trop anxieux malgré la technique précédente ;

- puis dans un second temps la **provocation**, c'est-à-dire maintenir la pensée et la cautionner, en répétant 10 à 20 fois de suite l'obsession exagérée à chaque fois qu'elle survient *(ex : « je veux qu'elle crève tout de suite dans d'atroces souffrances »*.)
- En **restructuration cognitive**, on travaillera sur le **doute** qui alimente ces obsessions, en les rattachant à la biologie du cerveau.

6) Vérifications, remémorations

Quelles que soient les vérifications du patient, la thérapie va reposer ici sur la technique du **décalage**. Il peut être parfois très difficile pour le patient de s'éloigner de l'endroit où son cerveau lui ordonne de ritualiser, le doute et l'anxiété se majorant devant la perte de la possibilité de pouvoir vérifier. On va donc permettre au patient de rester sur place, mais sans vérifier, sans se retourner, afin que son cerveau accepte ce compromis. On lui demande d'observer ce qui se passe autour de lui, jusqu'à ce que l'envie de se retourner diminue. En pratique, on lui demande d'attendre au moins deux minutes, puis de se retourner quelques secondes. Si le patient a alors encore envie de ritualiser, on lui demande de recommencer ce décalage. S'il allègue qu'il ne peut pas se permettre de perdre son temps ainsi, on insistera bien sur le fait qu'il vaut mieux vérifier plusieurs fois quelques secondes toutes les deux minutes et désautomatiser ainsi progressivement sa maladie, plutôt que vérifier pendant de longues minutes et renforcer sa maladie.

Dans le cas relativement fréquent des patients en voiture faisant demi-tour par crainte d'avoir percuté quelqu'un, on peut leur demander d'attendre 10 minutes sur le bas côté avant de faire leur premier demi-tour puis ainsi de suite. On peut également leur demander de diminuer le nombre de regards jetés dans le rétroviseur, d'introduire du décalage entre chaque coup d'oeil.

Il peut être intéressant, pendant la période de décalage, de profiter de ce temps pour s'exposer en imagination au scénario catastrophe redouté *(ex : tuer, pousser, toucher quelqu'un…).*

Pour les vérifications que les patients effectuent à leur domicile, les auteurs conseillent le protocole suivant :

- Le matin avant de partir travailler : Le patient ne doit rien vérifier ou alors très rapidement puis fermer la porte. Il doit alors attendre 10 minutes devant sa porte, ou dans le hall ou dans sa voiture, en se disant qu'il aura le droit dans 10 minutes de réouvrir sa porte pour vérifier ce qu'il souhaite. Et c'est parce qu'il a ce droit que la vérification doit être très courte avant de fermer la porte, afin que le cerveau désautomatise ce principe que tout doit être vérifié avant de partir. Au bout de 10 minutes, le patient peut refaire un rapide tour de vérifications dans sa maison. Il doit s'organiser pour pouvoir faire 3 ou 4 tours espacés chacun d'une pause de 10 minutes. Il est rare qu'ils aient besoin de plus, les pauses de 10 minutes permettant généralement de bien faire retomber l'excitation du cerveau. Il est important que le patient accepte que ses proches ne vérifient pas à sa place. Les exercices seront d'autant plus efficaces que personne ne reste dans la maison après le patient parti, sinon cela revient en partie à un évitement de la situation anxiogène.

- Le soir : de la même façon, avant d'aller se coucher, le patient ne doit rien vérifier ou très peu avant d'aller se coucher. Il doit alors attendre 20 minutes, en se disant qu'il pourra se relever vérifier ce qu'il souhaite après ce délai, lors d'un tour rapide, puis ainsi de suite. La encore, le but est de désautomatiser le principe du cerveau que tout doit être vérifier avant le coucher, en envoyant le message que le coucher dépend du sommeil et non de l'ampleur des vérifications effectuées.

- Concernant la fermeture de sa voiture en arrivant au travail : le patient doit la fermer rapidement, une seule fois, en se disant qu'il aura le droit de venir vérifier lors de la prochaine pause, ou d'ici une heure en prétextant avoir oublié quelque chose dans sa voiture.

- En partant du travail le soir : Le patient doit faire un tour de vérifications très rapide, dire au revoir aux collègues et se rendre dans sa voiture. Après un délai de décalage de 10 minutes, il pourra revenir vérifier rapidement son bureau, et ainsi de suite.

Dans les cas particuliers où l'application de la technique du décalage des vérifications n'est pas possible car le patient ne pourra pas revenir avant longtemps *(ex : aéroport, maison d'une connaissance…)*, celui-ci passe généralement énormément de temps à essayer de se remémorer le plus précisément possible la scène qui lui pose problème. Ne pouvant pas effectuer de décalage des vérifications dans la réalité, on va alors utiliser la technique du **décalage mental** de ces remémorations. Il est d'ailleurs important de garder en tête que la rumination mentale est un rituel de vérification. Le patient devra alors se dire face à ces

remémorations : « il n y a pas d'urgence à connaître la réponse, j'aurai le droit de me remémorer ça ce soir. » Le soir, il ne devra pas dépasser 30 minutes de remémorations, puis décalera encore au lendemain soir et ainsi de suite. Au bout de quelques semaines, il devrait avoir besoin de moins en moins de temps chaque soir à consacrer à ce TOC.

La technique du **sabotage** peut également être utilisée : le patient devra imaginer au milieu de la scène qu'il essaie de se remémorer, des éléments incongrus qui n'étaient pas présents, ou des nombres différents s'il était question de recompter, afin de rendre ses souvenirs volontairement confus avec de fausses informations. Le but est d'apprendre au cerveau que l'incertitude n'est pas un problème.

Enfin la technique de la **nomination** peut également être utilisées, le patient pouvant se marteler « c'est un TOC, il n'y a rien à éclaircir », plutôt que s'épuiser à chercher dans ses souvenirs pour éradiquer le doute.

La **psychoéducation** est là aussi importante, en apprenant bien au patient à distinguer ce qui est de l'ordre de la symptomatologie de son TOC (ses hypothèses, les « et si ») et la réalité (les certitudes). Le patient doit comprendre que le but recherché n'est pas trouver une réponse à ses ruminations, mais est l'extinction des questions que pose son cerveau : on mise sur l'extinction progressive des obsessions grâce au non renforcement des rituels de ruminations en les décalant, les sabotant, les nommant. Dans ce type de TOC, les auteurs n'ont observé de diminution des obsessions qu'après au moins 3 mois d'application de ces techniques. Cela demande souvent de gros efforts de motivation de la part du patient, d'autant plus que bien souvent, le cerveau produit de la culpabilité pour pousser le patient à reprendre ses ruminations. Le thérapeute peut alors aider le patient à diminuer la culpabilité avec des techniques de provocation : le patient devra cautionner ses obsessions en les exagérant jusqu'à les tourner en dérision.

Chez les patients qui éprouvent le besoin de relire plusieurs fois la même phrase, de crainte d'avoir mal compris ou mal mémoriser, on peut utiliser le sabotage : le patient devra se forcer à sauter la page entière et passer à la suivante, chaque fois qu'il aura envie de relire une phrase. La technique du décalage peut être également efficace : le patient n'aura le droit de relire la page qu'il envie de relire, qu'après avoir lu la suivante.

Au total :

Les modèles explicatifs utilisés jusqu'à présent pour expliquer le fonctionnement du TOC et les techniques psychothérapeutiques de TCC qui en découlent, présentent des limites. En effet, la littérature actuelle permet de souligner des aspects qui sont toujours valides mais d'autres également qui ne semblent plus appropriés.

Les techniques comportementales de TCC classiques ont des modalités d'application qui ne sont pas toujours les plus adaptées dans le cadre du TOC car difficiles à appliquer, ou car ces techniques ont pour certaines initialement été élaborées pour la prise en charge d'autres pathologies anxieuses. Hors, respecter un niveau de difficulté tolérable pour le patient est une des notions primordiales en TCC pour maintenir la motivation du patient.

Concernant **les techniques cognitives**, qui ont tendance à se focaliser sur la thématique des obsessions et leur probabilité d'occurrence, on peut leur reprocher de ne pas prendre en compte que le substrat neuro-anatomique du TOC, par le dysfonctionnement cérébral, entraîne une façon erronée de penser et que l'origine du problème est donc ce substrat biologique, et non la thématique des obsessions qui n'est qu'une conséquence de ce dysfonctionnement cérébral.

Dans les modèles cognitifs et comportementaux classiques, une limite clinique importante est l'existence non négligeable de patients présentant des compulsions, sans obsession associée. Hors en l'absence d'obsession, ces modèles ne peuvent expliquer la présence d'anxiété et de compulsions. Chez ces patients, les rituels semblent donc bien indépendants de tout schéma cognitif dysfonctionnel sous-jacent.

Le modèle d'hyperdétection de l'erreur de Pitman n'explique pas non plus la place des obsessions.

De nombreuses **études de psychologie expérimentale ou de neuropsychologie** apportent des arguments indirects, ou concernant une modalité du TOC bien particulière (la vérification le plus souvent) ne permettant donc pas de généraliser leurs résultats à l'ensemble des TOC.

Certaines hypothèses ont pu être confirmées, comme l'existence d'un déficit métacognitif, mais ne rendent pas compte de l'intégralité du fonctionnement du TOC.

Finalement, aucune étude n'a permis à ce jour d'affirmer que les rituels sont motivés par de l'anxiété elle-même provoquée par des obsessions. A partir des données scientifiques de la littérature, et de leur expérience clinique auprès des patients souffrant de TOC, les auteurs ont donc proposé une nouvelle conceptualisation de la pathologie, **posant le comportement comme un élément central** et où l'anxiété et les obsessions ne seraient plus le moteur de ces comportements répétés. **Ces compulsions seraient primaires, directement en lien avec le dysfonctionnement cérébral à l'origine du TOC, qui induirait une contrainte à ritualiser. Les obsessions ne seraient quant à elle qu'une construction anxieuse élaborée pour justifier ces comportements répétés automatiques.**

Les exercices thérapeutiques qui en découlent vont se baser sur cette notion de contrainte biologique. Ils vont donc être principalement axés sur le rituel dans les **quatre grandes techniques comportementales proposées : la contamination totale, le décalage, le sabotage et la provocation, la nomination et le laisser-couler.** Quant aux **techniques cognitives**, elles vont se concentrer sur la **psychoéducation** du fonctionnement du trouble. Le parti pris de ne pas travailler sur le contenu des obsessions ne minimise en rien la souffrance qu'ils engendrent, mais elles ne sont plus considérer à l'origine du problème dans ce modèle, et ne sont donc plus la cible principale sur laquelle il est fondamental d'agir. **L'ensemble de ces techniques consiste donc à adopter une nouvelle attitude face à la maladie, après en avoir compris le fonctionnement.**

Je vais présenter dans la troisième partie, le suivi de trois patientes souffrant de TOC de modalités et de thématiques différentes, avec lesquelles j'ai tenté de conceptualiser les analyses fonctionnelles selon le modèle comportemental, et d'appliquer les techniques de la thérapie neurocomportementale.

III. Illustration de l'application de la thérapie neurocomportementale du TOC à travers 3 cas cliniques

1) Mme C : Rituels multiples : Vérifications, symétrie, lavage, rituels internes mentaux

Mme C est une patiente de 47 ans qui a été prise en charge dans le cadre des consultations générales de l'hôpital Pasteur.

1ère consultation : anamnèse.

Mme C se présente à la première consultation relativement anxieuse, très gênée d'être en retard, donnant de multiples justifications sur l'horaire du bus qu'elle a raté. La présentation est peu soignée. Elle présente une hyperesthésie émotionnelle et a les larmes aux yeux à plusieurs reprises. Elle dit venir « pour ses gestes répétitifs, pour tout ». Elle explique que son médecin généraliste a diagnostiqué chez elle un TOC il y a une dizaine d'années. Elle était allée consulter un psychiatre quelques séances, mais avait du interrompre car elle avait pris cette initiative sans en parler à son mari, lequel a une vision très péjorative de la psychiatrie et un comportement très autoritaire sur elle. Mme C ne travaillant pas, le règlement des séances sans en parler à son mari était trop compliqué. Elle n'a jamais pris de traitement médicamenteux. Le TOC s'est progressivement aggravé au fil des années, lui prenant petit à petit de plus en plus de temps, l'empêchant de poursuivre sa profession de coiffeuse, jusqu'à occuper la quasi-totalité de son temps dans la journée, soit plus de 8 heures par jour lors de cette première évaluation.

Mme C vit donc avec son mari, avec lequel existe une conjugopathie importante, celui-ci la dénigrant beaucoup lorsqu'il la voit effectuer ses rituels, la traitant de « folle ». A noter que toute la prise en charge actuelle s'est effectuée sans que le mari n'en ait connaissance. Mme C a une fille de 26 ans, agent de police, plutôt soutenante, et un fils de 18 ans en terminale vivant encore à la maison. Ce sont ses enfants qui l'ont aidée au départ à prendre conscience du caractère pathologique de ses TOC, en lui faisant remarquer que ce qu'elle faisait n'était pas normal. Lorsqu'un jour elle a répondu agressivement à son fils qui

venait la perturber dans la réalisation d'un rituel, elle dit avoir culpabilisé et pris conscience qu'elle « avait un problème. » Elle s'est décidée ce jour à consulter devant le retentissement social important qu'engendre ce TOC qui ne lui laisse plus aucun temps libre. Elle ne sort de chez elle plus que pour rendre visite à sa mère, et vit très isolée. Il existe un retentissement thymique également, avec beaucoup d'autodépréciation, de découragement et de fatalisme, une humeur triste, une anhédonie.

Lorsqu'on lui demande de décrire en quoi consistent ses TOC, elle a du mal à savoir par où commencer : « c'est pour tout ! ». Voici la description de ses principaux TOC :

-Le rangement de la vaisselle : que ce soit pour la ranger dans le lave-vaisselle, ou du lave-vaisselle au placard, cela lui prend plus d'une heure. En effet, outre le fait qu'elle lave plusieurs fois la vaisselle avant de la mettre au lave-vaisselle, il faut ensuite qu'elle la dispose dans un ordre et à une position précise : les verres, les tasses, les assiettes, les couverts triés et séparés en couteaux, fourchettes, cuillères, chaque ustensile à une place bien définie. Une fois que tout est bien disposé, elle effectue plusieurs vérifications visuelles : verres, tasses, assiettes, couteaux…Des rituels similaires s'appliquent pour le rangement ensuite dans le placard, avec à la fin plusieurs réouvertures et fermetures du placard pour effectuer des vérifications visuelles. Mme C ne décrit pas d'obsession particulière associée, et a bien conscience du caractère excessif et inutile de ses vérifications : « Je le vois que c'est bien rangé, mais c'est plus fort que moi, il faut que je reprenne ». « Je sais au fond de moi que ça ne sert à rien mais je n'arrive pas à faire autrement. C'est comme si quelqu'un ou quelque chose me poussait à le faire ». En faveur du modèle neurocomportemental, elle décrit une impériosité à ritualiser, sans que cela ne soit sous-tendu par des obsessions ni de l'anxiété. En effet, même si elle est très souvent anxieuse, elle ne décrit pas une séquence temporelle des rituels survenant forcément après l'anxiété. En effet, cette patiente décrit la réalisation de rituels de manière systématique et très automatisée tout au long de la journée, et n'évoque l'anxiété qu'au second plan, ce qui conforte l'hypothèse de la primauté des rituels.

-Le pliage et le rangement du linge propre dans le placard : il s'agit des rituels lui prenant le plus de temps. En effet, le pliage et le rangement d'un simple T-shirt est ritualisé en quatorze temps. Bien souvent, un sentiment d'insatisfaction persistant après avoir déposé le T-shirt dans le placard, le T-shirt rangé est ressorti et déplié et ces quatorze temps sont alors repris à zéro. Une fois le linge déposé dans le placard, Mme C effectue plusieurs vérifications

visuelles, dans un ordre précis, d'arrière en avant dans le placard, jusqu'à ce qu'elle ressente qu'elle peut arrêter, indépendamment du nombre de vérifications ou de la perfection de l'alignement. Elle ne sait pas décrire précisément ce qu'elle vérifie. Selon la lecture de la théorie neurocomportementale, il semblerait qu'elle doive ritualiser jusqu'à ce que son cerveau ait pu « vidanger » son excitabilité.

-Le classement des papiers : Ranger un document ou une facture dans un classeur, va également engendrer de nombreuses vérifications. Tout d'abord, il y a la vérification visuelle du type de papier, de sa date, puis la disposition à son emplacement dans le classeur. Il y a ensuite une vérification visuelle des feuillets précédents et suivants *(« janvier, février, mars, avril….janvier, février, mars, avril…etc »)* Si la tension poussant à ritualiser est encore forte le papier est ressort du classeur et tout est recommencé. Quand le classeur sera remis sur son étagère, il y a une vérification visuelle, puis parfois tout est à nouveau ressorti et rerangé.

-Poster un chèque nécessite là encore le même type de rituel de vérification : le contenu du chèque sera vérifié plusieurs fois, puis le chèque sera mis dans l'enveloppe puis ressorti, revérifier, remis dans l'enveloppe plusieurs fois. Une fois l'enveloppe cacheté, le chèque sera vérifié par transparence. L'adresse et le timbre seront vérifiés. Lors du dépôt dans la boite aux lettre, il y aura la vérification que l'enveloppe a bien été déposée au bon endroit.

-Départ de la maison : Chaque départ de la maison nécessitera un tour de vérifications d'au moins 30 minutes : portes, fenêtres, robinets, lumière, fermeture des tubes de crème/dentifrice…Là encore Mme C n'identifie pas d'obsession associée, n'imagine pas de scénario catastrophe en cas d'oublis, mais décrit un mal-être, une tension qui la pousse à ritualiser.

Ainsi, quasiment chaque geste de la vie quotidienne semble entravé par ce sentiment de nécessité de ritualiser permanent. La description de ces rituels ont demandé beaucoup d'efforts à Mme C, car suscitant un sentiment de honte important.

En fin de consultation, il lui est demandé pour la séance suivante de réaliser un relevé d'auto-observations de ses comportements sur une partie d'une journée. Le projet de mise en place d'un traitement médicamenteux est abordé, ainsi que la proposition de la prendre en charge en psychothérapie.

2ème consultation : poursuite de la description du TOC et abord de la psychoéducation.

Mme C a bien effectué sa fiche d'auto-observation sur un début de matinée. Elle décrit une succession d'activités du quotidien, qui sont répétées plusieurs fois. Quand je la questionne sur les raisons de ces répétitions, elle répond : « J'ai l'impression que c'est mal fait, je n'arrive pas à me contrôler. » Il y a notamment de multiples lavages de mains décrits, sans véritablement d'obsession de saleté mais un sentiment de doute flou concernant le fait de s'être lavé les mains ou pas. Mme C se lave d'ailleurs les mains à chaque reprise avec un savon de senteur différente, afin de pouvoir vérifier, en sentant plusieurs odeurs sur ses mains, qu'elle les a bien lavées plusieurs fois, et réduire ainsi le nombre de lavage. Mais malgré cette stratégie, le doute persiste, même après plus d'une heure de rituels. Il y a parallèlement beaucoup de culpabilité lorsqu'elle constate le temps qu'elle perd.

Lors de la réalisation de cette observation, elle n'était pas sortie de chez elle depuis cinq jours à cause de son TOC.

Lorsque je lui demande d'évaluer l'intensité de son anxiété si elle devait s'empêchait de ritualiser, elle répond 9/10. En revanche, si le rituel est seulement retardé, comme avant cette consultation on elle n'a pas pu faire son lit avant de partir, l'anxiété n'est que très modérée.

L'évaluation initiale de la sévérité par l'échelle de la Y-BOCS retrouve un score de 29. Il est important de prendre en compte que la moitié du score est consacré aux obsessions, et que Mme C en présente très peu. Pourtant l'ampleur de temps que prennent les rituels chez Mme C est considérable, même si ce score peut évoquer une sévérité modérée.

Nous commençons lors de cette séance les explications relatives à la **psychoéducation.** La fiche prévue à cet effet est remise à Mme C afin qu'elle puisse la relire.

3ème consultation : abord des obsessions agressives et poursuite de la psychoéducation.

La passation du questionnaire OCI-R permet de discuter d'une autre modalité du TOC de Mme C : **les obsessions agressives, avec rituels mentaux d'annulation**. Mme C n'aborde pas le sujet spontanément mais avec beaucoup de difficultés car il provoque une grande culpabilité. Lorsque je lui fais remarquer qu'elle n'a pas mis de cotation à l'item : « J'ai fréquemment des pensées malsaines et j'ai de la difficulté à m'en débarrasser», elle finit par m'expliquer qu'elle a parfois des pensées intrusives lorsqu'elle pense à sa mère, du type « je voudrais qu'elle soit morte.» Elle effectue alors tout de suite un rituel mental d'annulation en se répétant « Mon Dieu, préservez-les moi le plus longtemps possible ». Si elle est coupée dans sa pensée par quelqu'un qui parle ou fait du bruit pendant ce rituel, elle doit alors le recommencer.

Pendant toute la durée de la prise en charge, il sera très difficile de travailler cette modalité du TOC, car elle restera très honteuse, malgré les multiples rappels de psychoéducation avec l'explication biologique du trouble et l'explication que le contenu de ces obsessions ne reflète en rien le contenu de sa pensée réelle ni de ses intentions.

La psychoéducation est reprise et reformulée lors de cette séance. En effet, lorsque je demande à Mme C de m'expliquer ce qu'elle a retenu de la psychoéducation, je m'aperçois que sa pensée est relativement confuse et que les informations n'ont pas toutes étaient bien intégrées. La relecture de la fiche au domicile n'a pas été possible de crainte que son mari ne la voit. Régulièrement, tout au long de la prise en charge, nous reprendrons l'explication de cette fiche, à chaque fois que la motivation pour la réalisation des exercices semblait moins importante ou que des cognitions d'autodépréciation et de découragement réapparaissaient.

A l'issu de cette séance, après avoir à nouveau rediscuté de l'intérêt d'un **traitement médicamenteux**, et rassurer la patiente, très inquiète à ce sujet, concernant les effets secondaires possibles, un traitement par Sertraline 50 mg/j est débuté. Il sera augmenté le mois suivant à 100 mg/j puis conservé à cette dose devant l'évolution favorable.

Un **premier exercice** est alors proposé : introduire un **décalage** de 5 minutes entre chaque lavage de mains, jusqu'à ce que le besoin de ritualiser ne se fasse plus ressentir.

4ème consultation : début de mise en pratique de la technique du décalage.

Mme C se sent beaucoup moins anxieuse. Elle relativise beaucoup plus son trouble et culpabilise moins. On peut y voir là une efficacité du traitement médicamenteux, et/ou de la psychoéducation. Elle décrit une sensation d'impériosité à réaliser ses rituels beaucoup moins forte. En concordance avec le principe de la technique du décalage, elle parvient à se dire qu'il n'y a pas d'urgence à réaliser ses rituels, et qu'elle pourra les poursuivre le lendemain. Elle s'empêche donc moins de sortir. Quand elle sort, elle a tendance à se répéter au début mentalement les rituels qu'elle devra terminer en rentrant puis le phénomène s'estompe. Il s'agit donc ici de la technique du décalage, que Mme C a mis en place pour l'instant de manière assez globale, et pas encore sur un type de rituel précis entre deux vérifications.

Exercices à réaliser pour la séance suivante : Je lui rappelle donc l'exercice proposé la semaine précédente, et lui en propose un nouveau concernant le rangement du linge : laisser s'écouler 5 minutes entre l'ordre de son cerveau de commencer à ritualiser et le premier rituel, puis attendre à nouveau 5 minutes à chaque fois qu'elle a envie de redéplier un T-shirt pour recommencer son rituel.

5ème consultation : application du décalage et explication du sabotage.

Nous faisons le **point sur l'application des exercices**. Madame C n'applique pas la technique du décalage strictement comme elle est décrite par les auteurs. En effet, elle ne parvient pas à arrêter de ritualiser après une première vérification. Après quelques vérifications, elle s'astreint à arrêter son rituel en se disant « Bon maintenant je pose, je sors de la pièce et je reviendrai ranger/vérifier plus tard. » Elle se remémore la psychoéducation pour s'en convaincre : « Il faut que j'arrête d'obéir à mon cerveau pour ne pas aggraver ma maladie ». Puis elle n'applique pas forcément le délai des 5 minutes avant d'y revenir. Elle essaie de faire autre chose, puis revient plutôt entre 30 et 45 minutes plus tard. Là, elle revient sur le lieu du rituel, se demande si elle a vraiment besoin de recommencer et le plus souvent ça n'est pas la peine : elle n'effectue qu'une simple vérification visuelle. L'anxiété dans l'attente d'y revenir reste très modérée, ce que Mme C explique par le fait de savoir que si vraiment elle veut y revenir, elle en a le droit. Finalement, le plus difficile est donc

« d'enclencher » l'exercice, puisqu'une fois celui-ci débuté, il se déroule relativement facilement et est efficace : l'excitabilité du cerveau qui presse à ritualiser diminue, et il n'est plus nécessaire de ritualiser. Cela pourrait évoquer la technique d'exposition avec prévention de la réponse (EPR), puisque souvent, Mme C ne répète pas son rituel après le décalage. C'est cependant bien différent car ce qui facilite justement l'exercice ici, c'est le fait de se dire qu'elle a le droit de ritualiser après un temps de décalage. Elle explique que c'est ce qui lui permet de ne pas se sentir très anxieuse. Lors d'un exercice d'EPR, elle serait certainement plus anxieuse et il serait plus difficile de respecter l'exercice, ce qui pourrait être une source de démotivation.

Le délai entre le début des rituels et le moment où Mme C commence son exercice de décalage reste cependant problématique. Pour certains exercices, il a pu être réduit à une dizaine de minutes *(ex : rangement de boites à chaussures, rangement du manteau sur le porte manteau…)* En revanche, le plus difficile reste le rangement des vêtements pliés dans le placard, où Mme C n'arrive pas à commencer à décaler avant 45 minutes à 1h (alors qu'auparavant les rituels se prolongeaient plusieurs heures).

Nous reprenons donc les explications sur le principe de la technique du décalage, en insistant sur le fait d'introduire un petit temps de décalage entre chaque rituel, même s'il est très court et que ça n'est que 2 minutes et pas 5, mais cela dès le premier rituel. Cela restera compliqué à mettre en place par Mme C, même par la suite.

Nous introduisons donc de **nouveaux exercices avec la technique du sabotage** :

-Pour le rangement du linge dans le placard : après le 14ème temps du rituel habituel, introduire un 15ème temps où on met la pile de linge de travers. On pourra ensuite recommencer le rituel, à condition de le saboter à nouveau ensuite.

-Pour le rangement dans le lave-vaisselle : Le ranger tout en désordre n'est pas acceptable pour Mme C. Je lui propose donc de commencer par mélanger quelques fourchettes et cuillères avec les couteaux. Par la suite on mélangera les grandes et petites assiettes, puis progressivement les différentes zones du lave-vaisselle.

-Pour le rangement des factures : intervertir des feuilles entre elles, et réciter les mois dans le désordre quand elle fait ses vérifications mentales.

6ème consultation : psychoéducation de la nécessité de supprimer les évitements.

Lors du **bilan des tâches réalisées**, nous constatons plusieurs améliorations :

-Le rangement du lave-vaisselle prend beaucoup moins de temps : Mme C a introduit le sabotage, seulement dans le compartiment des couverts pour l'instant, pour le reste, elle applique le décalage. Elle parvient donc à ne prélaver plus qu'une seule fois, puis dispose la vaisselle toujours dans le même ordre, mais une seule fois sans la sortir et la remettre. En y revenant quelques minutes après, elle n'éprouve plus le besoin de recommencer. Elle y passe donc une vingtaine de minute au lieu de plus d'une heure.

-Le rangement du linge prend moins de temps : le sabotage lui semble trop difficile à mettre en œuvre mais elle décale davantage.

En revanche, je constate qu'il existe au quotidien de très nombreux **évitements**, de crainte de devoir ritualiser ensuite pendant des heures :

- Mme C porte très peu de vêtements différents, qu'elle remet directement après avoir les avoir lavé, pour éviter de devoir sortir et déplier des vêtements du placard, qu'il faudrait ensuite reranger.

- Elle porte toujours les deux mêmes paires de chaussures pour ne pas avoir à ritualiser le rangement dans la boite à chaussure (vérification de l'alignement, pointe en haut, talon en bas, plusieurs fois, puis ouverture et fermeture de la boite plusieurs fois pour effectuer des vérifications visuelles).

- Elle ne se maquille pas pour ne pas avoir à ranger ensuite le bâton de rouge à lèvre au bon emplacement dans son sac.

- Elle se retient d'uriner le plus longtemps possible pour éviter de devoir se laver les mains ensuite.

Nous reprenons donc le **travail de psychoéducation**, en insistant sur le rôle des évitements dans le renforcement de la maladie, et sur la nécessité de les supprimer peu à peu, si on souhaite que les autres exercices soient réellement efficaces.

Pour la séance suivante, Mme C doit donc essayer de limiter le plus possible les évitements, quitte à devoir ritualiser davantage. Les autres exercices sont à poursuivre. Lorsque le sabotage est trop difficile à réaliser, elle devra faire du décalage à la place.

7ème consultation : psychoéducation et exercices face aux obsessions agressives.

Nous revenons sur la problématique des **obsessions agressives**, concernant le souhait qu'il arrive quelque chose à sa mère ou ses enfants. La culpabilité reste importante. Nous reprenons la psychoéducation : il s'agit d'une pensée intrusive générée par des dysfonctionnements cérébraux en lien avec son TOC. En aucun cas il ne s'agit d'une pensée rationnelle, dont elle souhaiterait réellement que survienne le contenu. J'insiste donc sur le fait que ça ne sert à rien de chercher à comprendre comment elle peut avoir ce genre de pensées, ni de trouver des moyens de réassurances et des pensées alternatives face aux pensées automatiques telles que "je suis un monstre de penser ça". Face à ses obsessions, l'explication est simple : son TOC génère ces pensées aberrantes persistantes, dans des moments où certaines zones cérébrales sont trop excitées et dysfonctionnent. Le contenu de ces pensées n'est donc pas le problème sur lequel on doit se concentrer. Au contraire, on va apprendre à les reconnaitre comme des symptômes de la maladie et ainsi banaliser leur survenue en se disant *"Tiens, c'est mon TOC"* au lieu de *"Mais comment puis-je penser ça je suis un monstre!"* J'explique donc à Mme C la **technique de la nomination** : se dire "*C'est juste mon TOC*", à chaque fois que l'obsession survient. Si malgré cette technique, la pression à ritualiser (en se disant : *"Mon Dieu, protégez-les moi le plus longtemps possible."*) reste trop forte, je demande à Mme C d'essayer de décaler le rituel de quelques minutes, et d'introduire un temps de **décalage** entre deux répétitions du rituel.

J'aurais pu également proposer la technique du **sabotage** par la suite, en demandant à Mme C de se répéter son obsession en l'exagérant, comme par exemple : *« si elle meurt ce sera bien fait pour elle, je serai la plus heureuse du monde »*. De même, une autre technique que nous aurions pu utiliser est **l'exposition en imagination aux obsessions**, en maintenant volontairement la pensée obsédante pendant plusieurs minutes. Mais la nomination et le décalage étaient déjà suffisamment difficiles à mettre en place et les rappels de psychoéducation pas suffisamment persuasifs pour pouvoir mettre en place ce type d'exercice dans des conditions de niveau d'anxiété acceptable.

Tout au long de la prise en charge, cette modalité du TOC restera très difficile à aborder, et les exercices en rapport peu appliqués. Mme C utilisera un peu la technique de la nomination, mais le décalage du rituel mental restera irréalisable, ce rituel survenant de manière tellement automatique qu'il était impossible pour Mme C de le contrôler.

8ème consultation : exercices face aux vérifications précédant le départ de la maison.

Lors de la revue des tâches, je constate que Mme C poursuit ses efforts pour appliquer les exercices de décalage et la nomination. Ses TOC sont moins chronophages, elle a donc plus de temps libre dans la journée, et semble moins anxieuse. Les exercices de sabotage restent peu appliqués (hormis pour le lave-vaisselle) et semblent moins convenir à Mme C car suscitant de l'anxiété à l'évocation même de leur éventuelle réalisation (notamment concernant la symétrie des piles de linge, ou l'ordre de classement des factures). La technique du décalage semble en revanche être celle à laquelle elle adhère et s'investit le plus. La nomination lui permet de plus de diminuer assez considérablement son niveau d'anxiété. Cependant les nombreux évitements qui sont eux aussi devenus routiniers depuis des années, restent très ancrés dans les habitudes comportementales de Mme C qui a du mal à lutter contre.

Nous nous concentrons ensuite sur les séquences comportementales de vérifications effectuées avant tout départ de la maison. Mme C fait en effet des vérifications multiples de la fermeture des portes, fenêtres, divers tubes ou pot dans la salle de bain… en vérifiant manuellement la fermeture en tirant dessus, plusieurs fois, puis en effectuant plusieurs tours de vérifications visuelles. Une fois partie, sur le trajet, elle continue à effectuer des rituels mentaux de vérification par remémoration de ce qu'elle vient de vérifier. Plus elle s'éloigne, plus les remémorations s'estompent. La technique du sabotage, laissant des éléments ouverts, ne lui semble pas réalisable car elle anticipe qu'elle se sentira probablement trop anxieuse. Elle est en revanche d'accord pour décaler de plusieurs minutes chaque rituel.

Concernant les rituels mentaux, je propose encore une fois le sabotage, en imaginant sa maison où tout serait resté ouvert. Si les exercices sont trop difficiles, je lui rappelle de revenir systématiquement à la nomination.

9ème consultation : bilan des progrès réalisés et poursuite des exercices.

Mme C est de meilleur contact, de présentation plus soignée. Elle a vu son médecin traitant qui l'a trouvée beaucoup plus détendue, ce qu'elle confirme. Elle est satisfaite de ses efforts, et même enthousiaste de constater les progrès réalisés. Elle explique pouvoir désormais réaliser certaines tâches ménagères « normalement ». L'humeur s'est donc améliorée et il y a beaucoup moins de cognitions d'autodépréciation.

Nous passons en revue les différentes tâches :

-La vaisselle est toujours prélavée mais seulement une fois, le sabotage du lave-vaisselle se poursuit secteur par secteur.

-Le linge propre à ranger s'accumule toujours beaucoup en raison des évitements, mais lorsqu'elle commence à ranger, toujours en ritualisant de la même façon, au bout d'un temps variable, mais moins long qu'auparavant, elle réalise la technique du décalage. Bien souvent, le fait de débuter l'exercice permet de supprimer rapidement la pression à ritualiser et elle ne ressent plus le besoin d'y revenir après 5 minutes.

-Le rangement des factures est soumis au même fonctionnement : au bout d'une certaine durée de rituels, le décalage est introduit et le besoin de ritualiser s'estompe rapidement.

Je renforce donc positivement les efforts fournis et reprends l'explication de la technique du décalage en demandant à Mme C d'essayer de décaler entre chaque répétition de rituel ou tous les deux ou trois rituels si c'est impossible. Cela restera difficile à mettre en place.

10ème consultation : bilan des exercices réalisés et conseils pour les optimiser.

Mme C se présente souriante, avec un contact beaucoup plus détendu qu'en début de prise en charge. Elle commence la consultation en me racontant qu'elle a réussi à prendre rendez-vous et se rendre chez pôle emploi, où la conseillère l'a complimentée, trouvant qu'elle avait bien meilleure mine.

Nous effectuons le bilan de la réalisation des tâches :

- Mme C a réussi à avancer le moment où elle commence son décalage, et parvient à le faire désormais au bout de 2 ou 3 répétitions.

- Elle a pu ranger 4 piles de linge qui s'accumulaient depuis plus d'une semaine, en 1h30 alors que cela lui aurait pris plus de 4h auparavant. Cependant, dans l'application de la technique du décalage, elle fait cependant des évitements : le plus souvent lorsqu'elle revient vers son placard, même si elle ressent toujours le besoin de ritualiser et qu'elle se dit que l'exercice lui en donne le droit, elle évite si elle peut, de ritualiser à nouveau car elle craint que son TOC ne se réemballe et qu'elle ne puisse à nouveau plus s'arrêter. A plusieurs reprises nous avons été confrontées à cette difficulté d'application de la technique. J'ai donc repris systématiquement la psychoéducation et les explications du principe de cet exercice, en insistant sur le fait que si elle ritualise après un temps de décalage et que la pression reste très forte, plusieurs nouveaux temps de décalage, pourront être réalisés toutes les 5 minutes. Cela diminuera l'excitation de son cerveau, certainement plus rapidement et de manière moins fatigante qu'en ritualisant plusieurs heures, et de manière moins anxiogène et inconfortable qu'en se retenant à tout prix de ritualiser. Cependant, Mme C se retenant relativement facilement de ritualiser après le décalage et l'anxiété diminuant rapidement, après quelques rappels, je n'ai finalement plus insisté pour qu'elle applique strictement la technique, étant donné qu'elle tirait un réel bénéfice de sa manière de procéder. Elle réalisait finalement un exercice intermédiaire entre l'EPR et le décalage, n'effectuant que rarement des rituels différés, sans toutefois s'imposer la pression de se retenir de ritualiser à tout prix.

- Les exercices de décalage pour les vérifications du rangement des factures ont été correctement réalisés. Mme C a eu besoin de vérifier à nouveau après le décalage, mais

seulement visuellement, sans ressentir le besoin de ressortir les papiers pour recommencer le rituel comme elle le faisait habituellement, ce qui lui a donc pris beaucoup moins de temps. En revanche, le sabotage et la provocation restent trop difficiles.

- Mme C ne ressent plus besoin de laver plusieurs fois la table après le repas, alors qu'elle répétait auparavant essuyage/lavage/rinçage au moins quatre fois. Elle n'a pourtant pas réalisé d'exercice particulier concernant cette tâche. Nous pouvons certainement expliquer cette amélioration par le fait que l'ensemble des autres exercices a permis de diminuer l'excitation cérébrale liée à son TOC, et de désautomatiser des séquences comportementales pathologiques. Il s'agit d'un processus de **généralisation** qui s'opère grâce au conditionnement opérant. La diminution du niveau d'anxiété global favorise également cette amélioration, le TOC s'activant davantage dans les moments de recrudescences anxieuses par « effet domino ».

11ème consultation : recherche de stratégies face au TOC de symétrie pour le rangement du linge qui persiste.

Mme C poursuit ses efforts. Le plus difficile reste le rangement du linge dans le placard, pour lequel l'impériosité à ritualiser reste forte, et le début du décalage parfois tardif. Au bout d'un certain temps, pour pouvoir commencer le décalage, elle utilise tout d'abord la nomination, en se disant : *« Je pense à ce que vous me répétez à chaque fois : c'est ma maladie, c'est mon TOC, c'est bien rangé, maintenant stop».* Nous nous concentrons donc sur ce domaine lors de cette séance.

Je propose à Mme C, pour pouvoir réduire la durée avant le premier décalage, d'utiliser un minuteur, qui lui donnerait le signal pour penser à la nomination et décaler. *« Sonnerie dans 15 minutes puis stop, reprendre dans 5 minutes ».* Lorsqu'elle y revient après le décalage, elle n'évite plus de ritualiser si elle en ressent le besoin, mais une vérification visuelle, en effleurant seulement le linge est le plus souvent suffisante, sans devoir recommencer les quatorze temps. Après chaque temps de décalage, elle effectue les vérifications visuelles de plus en plus loin du placard, jusqu'à n'avoir plus besoin que de venir jeter un coup d'œil depuis le pas de la porte.

La technique du sabotage est reproposée, avec l'idée d'introduire un quinzième temps à la fin de la séquence comportementale, qui mettrait de travers la pile de linge dans le placard, avec le droit de recommencer si elle se sent trop angoissée une fois le sabotage réalisé. Cette idée reste difficile à accepter pour Mme C.

Lorsque je recherche à nouveau la présence d'obsessions, nous n'arrivons pas à identifier de pensées précises, mais seulement le sentiment flou de « crainte de quelque chose de mal » si elle n'obéit pas à son TOC. L'insight est cependant bon, puisque lorsque je reprends une fois encore la psychoéducation, Mme C me signifie : *« Tout ça je le sais depuis le temps qu'on en discute, mais quelques fois je n'y arrive pas c'est plus fort que moi. »*

12ème consultation : poursuite des exercices, et nouvelle évaluation de la sévérité.

Mme C se sent globalement mieux, le TOC est moins envahissant et lui impose beaucoup moins de rituels à réaliser : *« je suis moins à fond dedans, les choses se font plus spontanément, il y a pas mal de choses que j'arrive à faire désormais normalement »* Mme C relativise beaucoup plus quand tout n'est pas comme son TOC lui impose. Il a donc beaucoup moins d'emprise sur elle. Elle est également moins anxieuse.

Bilan de la réalisation des tâches :

- Le rangement des papiers est beaucoup moins anxiogène, et Mme C a même réussi à laisser son fils ranger lui-même son attestation de sécurité sociale qu'il avait eu besoin de sortir, sans avoir à vérifier derrière lui qu'il l'avait remise au bon endroit, ce qui aurait été impossible quelques mois auparavant.
- Le rangement du lave-vaisselle s'effectue maintenant normalement et la disposition de la vaisselle peut être complètement sabotée.
- Faire le lit ne prend plus que 20 minutes au lieu d'une heure.
- Mme C se lave beaucoup moins souvent les mains.
- Elle ne vérifie plus qu'une ou deux fois les lumières.

Nous effectuons lors de cette séance une nouvelle passation de l'échelle de la Y-BOCS. Le score total est désormais de 18 contre 29 en début de prise en charge soit une réduction de près de 38 % ce qui permet de parler de réponse positive au traitement.

Les tâches à réaliser pour la séance suivante sont à nouveau **d'effectuer du décalage le plus tôt possible**, et **d'introduire du sabotage** si possible dans le rangement des piles de linge et des papiers.

13ème consultation : dégradation thymique.

Mme C va moins bien sur le plan thymique. La présentation est à nouveau plus négligée. Elle décrit une anhédonie, une tendance à l'hyperphagie et une perte de motivation avec de l'autodépréciation. Elle se focalise sur les aspects qui ont du mal à s'améliorer comme le rangement du linge et les piles qui s'accumulent toujours. Pourtant, les progrès acquis persistent, il n'y a pas de réaggravation, la réduction du temps passé à ritualiser se maintient. Mais les TOC persistants la culpabilisent et elle se prive de se détendre tant que les piles de linge restent non rangées. Notamment, elle n'est pas allée voir sa fille pour cette raison, sans toutefois réussir à trouver la motivation pour réaliser ses exercices, ce qui renforce sa culpabilité. Elle présente un ralentissement psychomoteur modéré : elle fait tout plus lentement, avec moins d'entrain. Il persiste une anxiété de fond modérée habituelle, sans aggravation. Le contexte de conjugopathie est toujours très présent, et pesant pour Mme C.
Mme C explique avoir déjà présenté plusieurs épisodes dépressifs similaires par le passé, sans facteur déclenchant précis identifié, hormis l'aspect réactionnel à la prise de conscience des répercussions de son TOC sur sa qualité de vie.

Je propose d'augmenter le traitement par Sertraline à 150 mg par jour, et pour l'instant de ne pas insister sur les exercices pour le TOC tant que l'humeur ne sera pas remontée. Je propose donc un exercice d'activation comportementale, avec la programmation d'au moins une « activité plaisir » par jour, et nous constituons ensemble une liste pour la semaine à venir, avec notamment aller déjeuner chez sa fille et se promener avec une amie.

14ème consultation : perdue de vue.

Cette consultation devait être la dernière avant mon départ. Mme C ne s'est pas présentée, sans prévenir de son absence. Un rendez-vous suivant avait été programmé plus tard avec le Docteur GIORDANA pour la suite du suivi mais Mme C ne s'est plus présentée aux consultations.

Bilan : Cette prise en charge, bien que s'étant interrompue de manière assez soudaine, a permis une régression conséquente du trouble, tant en terme de temps passé que de retentissement émotionnel et thymique. En effet, la psychoéducation a permis à Mme C de comprendre son trouble et ainsi de déculpabiliser et de lui ôter le sentiment de honte et d'autodépréciation permanents qu'elle décrivait. Cela lui a permis de se sentir globalement moins anxieuse, plus détendue. La mise en place des techniques psychothérapeutiques n'a pas toujours été évidente, mais Mme C a fait preuve d'une motivation importante et fourni beaucoup d'efforts, sans lesquels l'amélioration n'aurait pu être aussi conséquente. En effet, la prise en charge a permis à Mme C de passer d'un stade où sa vie se résumait à ritualiser, du lever au coucher ; à un TOC lui prenant désormais moins de trois heures par jour. Parmi les techniques proposées par les auteurs, les plus probantes ont été pour Mme C le **décalage**, le **laisser couler** et la **nomination**, bien qu'elle ne l'ait pas appliquée strictement telle qu'elle est décrite pour le décalage. Même si en apparence dans leur réalisation, ces exercices pouvaient s'apparenter à de l'EPR, il s'agit bien de décalage dans la conceptualisation de l'exercice par la patiente : elle commence son exercice en se disant qu'elle aura le droit de ritualiser après un cours décalage si elle en a besoin. Bien que souvent elle n'ait pas eu besoin de ritualiser à nouveau, si elle avait effectué un exercice d'EPR en se disant qu'il fallait absolument qu'elle se retienne de ritualiser - ce qu'elle essayait parfois de faire avant la prise en charge - l'anxiété aurait certainement été beaucoup plus importante et la motivation moindre. Concernant les autres types d'exercices, le sabotage a globalement été trop difficile à mettre en place, bien que Mme C en comprenne le principe. L'exercice de contamination totale ne se prêtait pas aux types de TOC de Mme C qui ne présentait pas d'obsessions de contamination avec propagation. En revanche, la nomination et le laisser couler ont pu être largement utilisés par Mme C, et ont probablement permis d'appréhender les autres exercices avec moins d'anxiété, et d'améliorer la qualité de vie en mettant à distance le trouble et son impact émotionnel.

2) Mme B : Obsessions de souillure et rituels de lavage

Mme B est une patiente de 46 ans, souffrant de TOC de saleté, prise en charge depuis deux ans par un psychiatre, avec une réduction importante des symptômes sous Paroxétine 60 mg/j. Cependant, les tentatives récentes de diminutions posologiques après plus d'un an de stabilisation et à la demande de la patiente étaient assorties de recrudescences symptomatiques, le TOC étant à nouveau plus envahissant, plus chronophage, avec une anxiété plus forte. Un changement de molécule avait été proposé à Mme B devant les effets secondaires d'asthénie et de prise de poids, mais celle-ci ne l'avait pas souhaité.

Mme B m'est donc adressée pour prise en charge psychothérapeutique de son TOC, avec l'objectif secondaire d'une diminution voire d'un arrêt du traitement médicamenteux sans recrudescence de la symptomatologie. J'ai donc reçu Mme B à un rythme d'une séance hebdomadaire d'une heure pendant trois mois.

1ère consultation : définition du cadre de cette nouvelle prise en charge et des objectifs généraux avec la patiente.

Mme B est de bon contact, souriante, de présentation plutôt soignée. Elle m'explique, que par rapport à il y a quelques années, grâce à la prise en charge et à la mise en place du traitement, ses TOC ont nettement régressé. *« Avant je passais plusieurs heures par jour à nettoyer toute la maison à fond, maintenant je ne le fais plus que dans ma partie de la chambre et ma salle de bain, ça me prend une petite heure le soir, c'est devenu habituel. »* Son TOC n'a plus de retentissement social, notamment ne l'empêche plus d'inviter des amis chez elle, alors que c'était impossible auparavant. Elle aimerait cependant ne plus avoir à prendre de traitement médicamenteux. Même si l'heure qu'elle passe toujours le soir à ritualiser n'a plus de répercussion importante sur sa vie personnelle ou sociale, elle explique que si elle pouvait s'en passer, elle se sentirait mieux. Vaincre complètement ce qui persiste de son trouble lui apporterait une satisfaction personnelle et une meilleure qualité de vie.

Je lui explique donc que nous pouvons tenter ensemble en psychothérapie de faire régresser ses troubles, et que si cela s'avère efficace, nous pourrons réessayer de diminuer le traitement médicamenteux. Je lui expose donc les principes de bases des TCC : le travail en collaboration, l'analyse fonctionnelle du comportement problème, la psychoéducation, la

définition d'objectifs, la mise en place de tâches à réaliser pour la séance suivante. Mme B semble motivée par ce type de prise en charge, d'autant plus quand je lui explique que les TCC peuvent permettre d'engendrer le même type de modifications cérébrales sur sa sécrétion de sérotonine que le médicament, mais de manière plus durable, alors qu'avec un traitement médicamenteux seul, les rechutes à l'arrêt sont plus fréquentes dans ce type de pathologie.

1ère et 2ème consultations : anamnèse.

Biographie et histoire de la maladie : Mme B décrit l'apparition des premiers symptômes à l'âge de 22 ans, alors qu'elle était étudiante, vivant seule dans son studio. Ses parents venaient de partir vivre au Canada.
Auparavant, Mme B ne rapporte pas d'antécédents médicaux ni psychiatriques particuliers. Elle décrit avoir toujours eu une personnalité soigneuse, méticuleuse, et un tempérament anxieux. Elle n'a pas rencontré de difficultés particulières dans sa scolarité, et a fait des études pour être assistante sociale, profession qu'elle exerce toujours. Jusqu'au déménagement de ses parents, elle les décrit très infantilisants envers elle. Après leur départ, elle décrit pendant quelques mois, avoir complètement changé de mode de vie et s'être mise à beaucoup sortir, faire la fête, avoir des comportements sexuels à risque, ce qui contrastait avec son fonctionnement antérieur. Par ailleurs, Mme B a un frère ainé de deux ans plus âgé qu'elle, avec qui elle a de bons rapports.

Dans les antécédents familiaux, Mme B rapporte plusieurs antécédents de dépression dans sa famille du côté maternel, sa grand-mère paternelle souffrant d'un TOC de lavage comme elle, et concernant son père, bien que ça n'ait jamais été diagnostiqué en tant que tel, elle décrit des comportements très ritualisés concernant l'alimentation et les courses.

Dans les comorbidités actuelles Mme B signale :
- Une addiction à l'alcool depuis un peu plus d'un an, avec une consommation d'environ trois verres chaque soir, sans retentissement sur son fonctionnement, mais qui lui pose problème car elle a du mal à s'en passer et elle s'inquiète des conséquences à long terme sur sa santé.
- Des troubles de la libido avec une absence de rapports sexuels avec son mari depuis plusieurs années.

Les premiers symptômes ont donc concerné le ménage dans son studio : *« il fallait que tout soit nickel, nettoyé et rangé à sa place »*. Elle n'identifiait pas d'obsession particulière associée mais décrit qu'elle ne se sentait « pas bien », anxieuse, tant que tout n'était pas impeccable. Cette description va dans le sens de la théorie neurocomportementale, avec la primauté des rituels. De plus, ses TOC ne se manifestaient qu'à son domicile, jamais chez les autres, ce qui renforce l'hypothèse des auteurs que dans des cas d'impossibilité matérielle de ritualiser, le TOC ne se manifeste pas.

Evolution et retentissement : Au cours des années, le TOC s'est maintenu et renforcé, se poursuivant dans ses logements successifs avec toujours la notion de « territoire » à maintenir propre et rangé. Concernant le retentissement du TOC, il n'a jamais posé problème dans le cadre professionnel. La patiente explique qu'elle n'y pense même pas. Elle donne l'exemple d'un enfant *« pas très propre »* qui lui a sauté dans les bras, sans qu'elle n'éprouve le besoin de se laver ensuite. *« C'est pas ma sphère intime. »* Dans sa vie sociale, le TOC a parfois été un facteur limitant, l'empêchant d'inviter du monde chez elle. Le mari de la patiente, l'ayant toujours connue avec son TOC, a toujours bien accepté la présence de ce trouble, sans pour autant le renforcer en y participant. Au contraire, le fait de savoir que certaines choses allaient forcément être resalies par le mari, a rendu le TOC de la patiente « moins exigeant » et elle n'éprouve plus le besoin de nettoyer systématiquement certains objets partagés avec son mari, comme par exemple la télécommande.

Description de la symptomatologie actuelle : analyse fonctionnelle:

Situation : Lors d'une soirée où la patiente est seule chez elle avec son mari, voici comment se manifestent son TOC :

La délimitation du « territoire à protéger » : Grâce à la mise en place du traitement, le TOC s'est réduit à la sphère de sa partie de la chambre (son côté du lit, sa table de nuit et les objets posés dessus), et sa salle de bain, le mari disposant d'une seconde salle de bain. La délimitation de ce « territoire » à protéger de la saleté est vraiment marquée. Par exemple, elle peut poser des objets « contaminés par l'extérieur » comme son sac à main, du côté du lit de son mari, alors qu'elle ne peut toucher son propre côté du lit qu'avec les mains lavées, et des objets nettoyés. Il en est de même pour les objets posés sur sa table de nuit : sa lampe de chevet, dont elle désinfecte l'interrupteur tous les soirs, son livre, ses lunettes, sa crème. Elle

nettoie également sa salle de bain tous les soirs, et désinfecte la cuvette des toilettes avec des lingettes désinfectantes « 99,9% » systématiquement avant de les utiliser. *« Il faut que tout soit maitrisé dans cette bulle sinon je ne suis pas bien ».*

Les obsessions : Ce qui est contaminant dans le TOC de Mme B est « ce qui vient de l'extérieur ». Ce qui semble particulièrement la dégoûter à l'extérieur sont les excrétions d'animaux, (alors que les maladies ou la pollution ne la préoccupe pas par exemple). Ce qui la répulse par-dessus tout est la chaîne antivol du scooter de son mari car *« elle a traîné dans la rue, avec les pipis de chiens »*. Elle met donc tout en œuvre pour que l'extérieur ne contamine pas l'intérieur : *« l'extérieur peut toucher des choses extérieures, mais l'intérieur ne peut être en contact qu'avec la peau propre »*. Cette protection de son « cocon intérieur » par tout ce qui vient de l'extérieur va engendrer de nombreux rituels. Cependant, la présence de ces obsessions n'est pas systématiquement associée à la réalisation des rituels, Mme B décrivant qu'elle réalise surtout ces derniers par automatisme, sans quotidiennement se poser des questions concernant une notion de contamination.

Les rituels : Tout d'abord, pour entrer dans la maison, concernant les chaussures, le rituel est différent en fonction de la saison. L'hiver, le pied propre est dans une chaussette contaminée par l'extérieur : en rentrant, Mme B enlève donc ses chaussettes et met ses pieds non contaminés nus dans les chaussons. L'été, à l'inverse, les pieds nus dans les chaussures sont contaminés par l'extérieur : en rentrant, Mme B met des chaussettes propres, qui peuvent aller dans les chaussons propres, alors que les pieds nus directement ne pourraient pas. Pour aller dans la douche, l'hiver, elle peut donc marcher sur le tapis de douche (décontaminé) avec les pieds nus, alors que l'été, elle marche sur le tapis avec les chaussettes propres, les enlève au dernier moment pour mettre ses pieds contaminés directement dans la douche. Mme B a donc une tenue d'intérieur qu'elle met après la douche. Si cette tenue tombe par terre et que l'intérieur a touché le sol, il faut la laver. Les gouttes d'eau restantes dans la douche et le lavabo sont enlevées ensuite avec un gant de toilette « propre à l'intérieur », mais pouvant être contaminé à l'extérieur, prévu à cet effet. La douche et le lavabo sont donc contaminés le soir après qu'elle les ait utilisés, mais elle les décontaminera le lendemain avant la douche suivante lors de son heure de ménage quotidien de « sa bulle ». Le même gant de toilette servira à éteindre les lumières ou toucher les poignets de porte après la douche, les interrupteurs et poignées n'étant pas décontaminés, mais le corps passé sous la douche oui. Les éventuelles gouttes d'eau qui seraient tombées sur le sol sont quant à elles essuyées avec

le tapis de bain décontaminé (lavé quotidiennement). Pour se rendre dans sa chambre, elle pousse la porte avec le bout de son chausson sans la toucher pour ne pas se recontaminer. Elle peut allumer sa lampe de chevet directement avec ses mains car tous les objets de sa table de nuit ont préalablement été chaque jour nettoyés. Pour se coucher, elle peut soulever son côté du drap décontaminé, qu'elle distingue bien du côté de son mari par une épingle à nourrice fixée sur le drap de son côté. Lorsqu'elle s'introduit dans le lit, ses pieds ne doivent pas toucher le haut du lit, car *« le bas de la couette est plus contaminant que le haut »,* et *« il est plus important de garder le haut du corps propre »*. Elle peut ensuite lire dans son lit, le livre étant préalablement décontaminé par une lingette. Si elle doit aller aux toilettes après la douche, elle s'essuie ensuite avec des lingettes pour bébés et elle désinfecte la cuvette avec une lingette 99,9%. Puis bien sûr elle se lave les mains.

Emotions associées : Mme B ne se sent pas particulièrement anxieuse avant d'effectuer ses rituels le soir, ils sont habituels. En revanche, elle se sent extrêmement bien une fois l'ensemble des rituels effectués : *« Là c'est bon, je suis dans ma bulle ».* Lorsque Mme B présente des obsessions de contamination, elle ne décrit pas non plus d'anxiété systématiquement associée, ou lorsque c'est le cas, l'intensité est très faible. En effet, Mme B explique être habituée à ce que ce type d'idées lui viennent à l'esprit, et cela n'est plus une source d'anxiété.

Insight : L'insight de Mme B est bon. Elle a assez bien consciente du caractère irrationnel de ses obsessions et de l'inutilité de ses rituels. Elle en parle avec beaucoup d'autodérision et sans réticence. En effet, elle a déjà été habituée à en parler facilement avec son précédent psychiatre et a déjà de bonnes connaissances sur les étiologies de son trouble. Il n'y a donc pas de culpabilité, ni de jugement d'autodépréciation face à ses symptômes, contrairement à la patiente précédente.

Manifestation du TOC dans d'autres situations :

- Lorsqu'elle n'est pas chez elle : par exemple, si elle dort chez des amis, elle prendra soin de ne pas coller sa serviette de bain à la leur sur le porte-serviette. Cette notion de protection de son territoire intime est légèrement présente parfois sans pour autant lui faire perdre du temps ou l'empêcher de profiter du temps passé avec ses amis.

- Dans le reste de la maison, même si Mme B se lave beaucoup plus fréquemment les mains que la normale (environ une vingtaine de lavages par soirée, après avoir touché les poignées de porte, le clavier d'ordi… *« tout ce qui est partagé avec mon mari »*), elle ne décontamine plus l'ensemble de la maison, certainement en grande partie du fait de l'impossibilité matérielle de maintenir la zone décontaminée à cause de la présence de son mari. *« Je ne peux pas lui demander de se laver les mains à chaque fois »*. Auparavant, lorsqu'elle vivait seule, chaque poignée, chaque porte, la télécommande…étaient quotidiennement nettoyés. Elle décrit qu'elle vivait alors un enfer.

Analyse sémiologique : Dans la situation actuelle, contrairement à ce que les théories classiques pourraient supposer, elle ne ressent pas plus d'anxiété du fait de vivre dans une maison contaminée, ni dans les moments où elle a des obsessions de contamination. Cette description clinique n'est donc pas en faveur d'un modèle avec des obsessions de saleté qui provoqueraient de l'anxiété qui pousseraient à ritualiser pour calmer cette anxiété. Des rituels sont présents, sans pour autant être associés à de l'anxiété. Dans des situations propices aux obsessions (la maison contaminée), il n'y a pas plus de rituels effectués, au contraire. Les obsessions ne sont présentes que dans des lieux bien précis et des circonstances permettant la réalisation des rituels.

Exemple illustrant les principes thérapeutiques de la théorie neurocomportementale:

Mme B donne l'exemple d'amis qui sont venus récemment à la maison passer le week-end et ont dû changer leur bébé dans sa salle de bain et allonger leur bébé sur sa partie du lit. Elle n'a alors pas ressenti d'anxiété ni le besoin de décontaminer ensuite sa salle de bain et sa chambre avant de les utiliser. Elle a désinfecté l'interrupteur le premier soir, puis s'est dit : *« à quoi bon, ils vont le réutiliser dans peu de temps, et de toute façon ils ne sont là que temporairement. »* Ses amis étaient là pour tout le week-end, elle était donc dans l'impossibilité matérielle de ritualiser, son TOC ne s'est alors pas manifesté.

Cet exemple est assez illustratif du principe thérapeutique de la contamination totale, où contrairement à ce qu'on aurait tendance à imaginer, la contamination totale de la zone à protéger avec l'impossibilité matérielle de la décontaminer, ne provoque pas de recrudescence anxieuse mais au contraire une extinction rapide du TOC. Sans le savoir, Mme B a également expérimenté d'elle-même la technique du décalage : le fait de se dire « leur présence est temporaire, je pourrai ritualiser plus tard » l'a certainement aidé à diminuer l'excitation cérébrale engendrée par son TOC lui faisant initialement ressentir le besoin de ritualiser

lorsqu'elle a désinfecté l'interrupteur. Elle a également utilisé la technique du laisser couler : *« à quoi bon… »* ; et le fait qu'elle laisse ses amis changer leur bébé dans son espace « propre », sans le décontaminer derrière, est une forme d'utilisation de la technique du sabotage. Cet exemple nous sera donc très utile tout au long de la prise en charge pour la psychoéducation des techniques thérapeutiques, la motivation pour la réalisation d'un exercice thérapeutique étant d'autant plus importante que le patient en à lui-même déjà expérimenté l'efficacité.

Passation de questionnaires d'évaluation :

La passation initiale du questionnaire de la Y-BOCS retrouve un score de 16. Pour chaque item, j'ai demandé à la patiente également ce qu'elle pense qu'elle aurait répondu il y a 2 ans, soit avant l'instauration du traitement médicamenteux. Cette évaluation « a posteriori » permet d'estimer que le score aurait été à l'époque de 32. Il ne s'agit pas d'une évaluation très précise, du fait de probable biais de mémorisation, mais qui donne tout de même un ordre d'idée sur l'évolution très positive depuis le début de prise en charge.

La passation de l'auto-questionnaire OCI-R fait ressortir avec la réponse « me dérange modérément », les deux items suivants :
« J'éprouve de la difficulté à toucher un objet quand je sais qu'il a été touché par des étrangers ou par certaines personnes »
« Je me lave les mains plus souvent et plus longtemps que nécessaire »

L'auto-questionnaire de la liste des pensées obsédantes (LPO) retrouve des réponses positives pour les items suivants :

« Je pense que je risque d'être contaminée »

« Je me sens obligée de relaver le linge dès qu'il touche mes vêtements ou qu'il m'échappe des mains ». Mme B explique que cet item était très vrai auparavant, mais l'est de moins en moins. Elle donne l'exemple de la veille où elle a étendu son linge sans se laver les mains avant.

« J'ai l'impression que lorsqu'un objet a été touché, utilisé par quelqu'un d'autre, cet objet est souillé », mais Mme B précise que cet items n'est pas vrai pour elle en permanence, mais seulement 10 % du temps selon son évaluation.

« Je me sens obligée de laver tout ce qui vient de l'extérieur », mais Mme B modère sa réponse : « pas tout, et pas tout le temps ».

« J'ai l'impression qu'un léger contact avec les sécrétions corporelles est sale et peut contaminer mes vêtements et tout ce qui m'appartient. »

La passation de la check-list de la Y-BOCS retrouve la présence actuelle d'obsessions de contamination :

« Préoccupation ou dégoût liés aux déchets ou aux sécrétions corporelles »

« Préoccupée simplement par le malaise qu'elle ressentirait à la suite d'une contamination »

Et des compulsions de lavage/nettoyage :

« Nettoyage d'objets »

« Mesures pour éviter ou supprimer le contact avec des éléments contaminants » (pour Mme B : les lingettes désinfectantes).

3ème consultation : psychoéducation et explication des techniques thérapeutiques

Bien que les grands principes du modèle neurocomportemental aient été abordés en filigrane lors des premières consultations, nous consacrons cette séance à l'explication détaillée de la fiche de psychoéducation des auteurs, et aux quatre grands principes thérapeutiques (contamination totale ; décalage ; sabotage et provocation ; nomination et laisser couler) avec la lecture et la discussion des fiches de métaphores explicatives proposées par les auteurs (Annexes 5 à 8). J'insiste plus particulièrement sur la technique de la contamination totale qui me semble particulièrement adaptée dans le cas de Mme B du fait de la notion de contamination avec propagation qui est prépondérante dans son trouble, et du fait qu'elle ait déjà en quelque sorte expérimenté cette technique par la présence de son mari à la maison, ou d'amis le week-end, ayant permis une régression spontanée du TOC par l'impossibilité matérielle de ritualiser. Mme B est d'ailleurs particulièrement réceptive à « La petite histoire de la bergerie » : l'idée de se débarrasser des « moutons à protéger » pour régler le problème, lui semble effectivement être le meilleur moyen pour ne plus être préoccupée par leur présence. Mettre en place des exercices pour « supprimer les moutons de sa bulle » lui paraît donc intéressant.

A l'issue de cette consultation :

- Je propose de revenir plus en détails la prochaine fois sur les modalités d'application de la contamination totale.

- Je propose pour l'instant de commencer par la réalisation d'exercices plus simple : le décalage, associé à la nomination et le laisser couler. Je demande donc à Mme B d'attendre cinq minutes à chaque fois qu'elle ressentira le besoin de ritualiser, par exemple lorsqu'elle aura envie de se laver les mains à cause de son TOC, , et de se dire *« il n'y a pas d'urgence, c'est mon TOC qui me presse à me laver les mains, j'ai le droit de le faire mais ça peut attendre. »*

- Je propose de débuter une décroissance très progressive du traitement par paroxétine, à raison d'un demi comprimé (soit 10 mg) tous les quinze jours, à condition qu'il n'y ait pas de recrudescence symptomatique.

Mme B semble avoir bien saisi l'ensemble des concepts, et être motivée pour la réalisation des tâches.

4ème consultation : Réflexions sur les modalités d'application de la technique de contamination totale.

En début de consultation, nous reprenons rapidement la **psychoéducation,** et je constate que Mme B a bien intégré les concepts et est capable de réexpliquer elle-même très justement le fonctionnement de son TOC à l'aide de la théorie neurocomportementale.

Nous faisons le point sur les tâches effectuées :

Mme B a essayé la plupart du temps lorsqu'elle avait envie de se laver les mains, de **décaler.** Le plus souvent, le fait de commencer une autre tâche pendant les cinq minutes de décalage permettait de faire disparaître le besoin de ritualiser. *« Au lieu de me laver les mains de manière automatique, je me demandais si j'en avait vraiment besoin : au début j'en avais envie, mais je me disais que cette envie n'était qu'une erreur de mon cerveau liée à mon TOC. Et si je veux me soigner il faut que je bouleverse ces mauvaises habitudes. Après cinq minutes, c'est arrivé que je me lave les mains, mais le plus souvent, je n'en avais plus besoin.»* Mme B a donc bien compris le principe et l'intérêt du décalage et de la nomination. Je lui demande

donc de poursuivre ainsi l'exercice à chaque fois qu'elle est sur le point de ritualiser, de manière automatique : s'arrêter, se demander si elle a vraiment besoin d'effectuer ce comportement que lui dicte son TOC, et attendre cinq minutes avant de le réaliser.

Puis nous essayons de réfléchir ensemble lors de cette séance, à la manière dont Mme B pourrait contaminer totalement son espace « protégé » : chambre et salle de bain. Nous convenons que le meilleur moyen pour obtenir cette **contamination totale**, serait de faire participer son mari, car tout objet touché par son mari apparaît contaminé à Mme B, d'autant plus que cela a déjà d'ailleurs très bien fonctionné pour le reste de la maison. En effet, avec l'emménagement de son mari à la maison, Mme B a finalement déjà effectué d'elle-même l'étape du « fractionnement de la maison » décrite dans le protocole d'application de la contamination totale, en gardant sa chambre et sa salle de bain comme « lieux de secours ». L'idée est donc désormais de continuer à augmenter le nombre de zones sales et de diminuer les zones propres. Il semble moins inquiétant pour Mme B de commencer par contaminer sa salle de bain plutôt que sa partie du lit. Nous convenons donc que son mari pourrait aller se doucher dans la salle de bain de Mme B. Pour être vraiment contaminant, et étant donné que Mme B redoute surtout ce qui vient de l'extérieur, il pourrait donc juste avant de se rendre dans la salle de bain, faire un aller-retour en chaussons sur le paillasson extérieur *« où l'on s'essuie les chaussures qui ont traînée toute la journée dans la saleté dans la rue.»* Aller dans la salle de bain directement en chaussures de ville semble trop difficile. Son mari prendra donc sa douche et « prendra soin » de marcher un peu partout et toucher un peu à tout pour qu'il ne persiste pas de zone propre à protéger. Puis Mme B devra prendre sa douche après lui, sans nettoyer la douche ou le reste de la salle de bain entre temps. Ainsi elle n'aura pas d'autre choix que de se contaminer elle-même. Si le besoin de ritualiser est trop fort et qu'elle ne peut faire autrement que de tout redésinfecter, son mari devra alors revenir tout « saboter ».Une fois cette partie de l'exercice effectuée, le mari devra ensuite « faire tomber les autres cloisons de la zone protégée » en allumant lui-même la lampe de chevet de Mme B, en touchant les différents objets de la table de nuit, puis en s'allongeant du côté du lit de Mme B, d'abord au-dessus des draps, puis complètement dans le lit. Comme pour ce qui s'est produit dans le reste de la maison, s'il n'y a plus de zone « propre » pour maintenir l'hypervigilance du TOC, les symptômes devraient spontanément disparaitre. Mme B est d'accord avec ce principe et très motivée pour se lancer dans la réalisation de l'exercice. Elle va donc tout expliquer à son mari et elle n'a pas de doute sur le fait qu'il accepte de participer. L'exercice sera bien sûr à réitérer chaque soir.

Je me questionne sur l'intérêt de la réalisation des deux premières étapes du protocole, avec la contamination « CVV » (« cheveux, visage, vêtements »), étant donné que Mme B n'éprouve pas le besoin de ritualiser en dehors de chez elle, et qu'elle a finalement déjà réalisé la troisième étape (contamination de la maison sauf de la zone de la chambre). Pour être exhaustive, j'explique tout de même ces étapes qui sont normalement réalisées initialement. Elle est d'accord pour essayer. Nous effectuons donc un « CVV » avec la poubelle du bureau médical. Cela ne provoque pas d'anxiété particulière chez Mme B qui n'éprouve même pas le besoin d'aller se laver les mains ensuite. Je lui explique que la deuxième étape consisterait donc par exemple à faire le même exercice après avoir sorti la poubelle de chez elle le matin : faire un CVV puis partir ainsi au travail. J'explique que le but serait de s'habituer à passer des journées entières contaminées, pour que la contamination totale de la maison soit d'autant plus facile que la contamination totale du corps est habituelle.

5ème consultation : début d'application de la contamination totale.

Mme B va toujours bien sur le plan thymique, elle ne ressent pas de différence depuis la diminution de la paroxétine. Nous faisons le point sur les tâches réalisées :

Le mari de Mme B a marché sur le paillasson dehors puis dans la salle de bain de Mme B « sur chaque centimètre carré du tapis de bain », chaque jour, mais n'a pas pour l'instant pris sa douche de ce côté. Mme B n'a pas lavé le tapis de bain, et y a elle-même marché dessus ensuite avant de prendre sa douche. Le **principe de contamination totale** zone après zone **est bien respecté**, ce que je souligne à la patiente, à son rythme.

Mme B a aussi fait des efforts pour protéger sa zone propre de manière moins rigide :
- Elle allume sa lampe de chevet et fait son lit sans se décontaminer les mains avant.
- Elle n'a pas redésinfecté la cuvette des toilettes après y être allé la nuit.

Parmi les quelques zones partiellement protégées dans le reste de la maison :
- Elle s'est forcée à accepter que la télécommande reste sur la table à manger.
- Les verres sortis sur la terrasse ont également pu être reposés sur la nappe intérieure alors qu'habituellement elle les changeait systématiquement.

Ces efforts réalisés ont provoqué une anxiété légère qui s'est rapidement estompée.

La contamination de la totalité de la salle de bain (notamment sa brosse à dent et son panier à maquillage) et surtout du lit, demeurent toutefois assez anxiogènes. Mais B reste motivée pour poursuivre l'exercice zone par zone. Pour la semaine suivante, elle est donc d'accord pour que son mari aille dans sa douche.

6ème consultation : progression de la contamination e poursuite des autres techniques.

Mme B m'explique, enthousiaste, que *« ça avance, les zones se rétrécissent de plus en plus »*. Son mari a donc utilisé l'intégralité de sa salle de bain, y compris sa douche, et Mme B a ensuite pris sa douche sans nettoyer préalablement. De plus, elle est assez fière d'elle car des amis sont venus pour le week-end, et elle n'a rien désinfecté après leur départ, alors qu'habituellement elle n'en ressent pas le besoin pendant qu'ils sont là mais une fois partis oui. Cette fois-ci, elle en a ressenti un besoin léger, a utilisé les techniques du décalage et de la nomination et n'a finalement pas du tout eu besoin de ritualiser ensuite. Elle me raconte également que son sac à main s'est renversé sur le tapis sale de la voiture, et qu'en rentrant, grâce à ces mêmes techniques, elle n'a rien eu besoin de désinfecter.

Pour la prochaine séance, nous définissons donc que son mari devra se coucher sur sa partie du lit et toucher les objets de sa table de nuit.

7ème consultation : poursuite des progrès et nouveaux exercices pour finir d'éliminer le TOC.

Les progrès de Mme B se poursuivent. Mme B m'affirme qu' *« il n'y a quasiment plus de montons à protéger »* et que d'après son mari *« c'est le jour et la nuit »*. La diminution du traitement qui se poursuit sans difficulté est un facteur de motivation important.

Depuis la dernière séance :

- Mme B met désormais ses « pieds contaminés » dans ses chaussons propres le soir en arrivant chez elle.

- Son mari peut toucher tous les éléments de son ancienne sphère à protéger. Elle ne ressent plus le besoin de désinfecter la douche, elle n'a pas non plus nettoyé les objets de sa table de nuit après qu'il les ait touché.

- Elle ne lave plus quotidiennement ses toilettes mais tous les trois jours seulement, et elle n'utilise plus de lingettes 99,9 %.

- Elle peut toucher des objets après avoir touché la poubelle, sans ressentir le besoin de les désinfecter ensuite.

- Les lavages de mains gardent une part d'automatisme, mais elle se force à être vigilante et à se dire *« mon TOC me dit de faire ça, et bien je fais différemment »* dès que son TOC se manifeste à nouveau en imposant une pression à ritualiser.

Nous cherchons donc dans quels domaines le TOC s'active encore afin d'essayer de l'éradiquer complètement. Nous définissons donc quatre derniers exercices :

1. Dans sa salle de bain, le seul « mouton » qui reste est son panier à maquillage. Elle devra donc le renverser sur le sol, et remettre les objets dedans sans les laver.

2. Les toilettes restent un endroit plus contaminant que les autres. Je propose donc à Mme B, comme les auteurs dans leur exemple, de toucher la lunette des toilettes en sortant de la douche et de décaler si elle ressent le besoin de se laver les mains.

Un autre élément très contaminant pour Mme B est la chaîne du scooter de son mari, qu'elle imagine avoir trainé dans les excréments dans la rue. Je propose donc deux exercices à partir de cet élément :

3. Faire une contamination totale de son corps, avec son mari qui la serrerait dans ses bras, sans s'être lavé les mains après avoir touché la chaîne du scooter.

4. S'exposer en imagination à des excréments d'animaux dans la rue, d'abord en se martelant cette image pendant plusieurs minutes, en ne faisant rien d'autre en même temps, puis maintenir cette image pendant qu'elle nettoie sa maison.

8ème consultation : fin de la prise en charge.

Les derniers exercices ont été effectués :

1. Le panier à maquillage n'est plus un élément stérile.

2. Mme B a pu toucher la lunette des toilettes après la douche. Un seul lavage de mains a été nécessaire après le décalage.

3. La contamination totale avec la chaine du scooter par l'intermédiaire de son mari a été effectuée : Mme B s'est sentie légèrement anxieuse au début, puis un fou rire avec son mari a remplacé l'anxiété et elle a pu décaler d'une heure avant de se laver, normalement.

4. L'exposition en imagination aux excréments n'a pas provoqué d'anxiété particulière.

Reprise des questionnaires d'évaluation en fin de prise en charge :

Les nouvelles passations du questionnaire de la Y-BOCS retrouvaient un score de 7 après la 5ème consultation, et un score de 1 en fin de prise en charge (contre un score de 16 en début de prise en charge) soit une régression quasi-totale du TOC.

La reprise des items de l'auto-questionnaire OCI-R, ne retrouve plus que des réponses « ne me dérange pas du tout », hormis pour 3 items où Mme B hésite entre « pas du tout » et « un peu ».

L'auto-questionnaire de la LPO ne retrouve plus que des réponses négatives, sauf pour « je me sens obligée de laver tout ce qui vient de l'extérieur » où Mme B répond « un peu », mais précise qu'elle se force à ne pas le faire, et qu'elle ne ressent pas spécialement d'anxiété associée ; et pour « J'ai l'impression qu'un léger contact avec les sécrétions corporelles est sale et peut contaminer mes vêtements et tout ce qui m'appartient », mais elle précise qu'elle n'y accorde plus d'importance et ne ressent plus d'anxiété associée.

Quant à la check-list Y-BOCS, elle ne retrouve plus que le « dégoût lié aux déchets ou aux sécrétions corporelles ». Les autres réponses sont désormais négatives, Mme B n'effectuant plus de compulsions, et les obsessions ayant presque toutes régressées.

Bilan :

Après trois mois de prise en charge avec cette patiente très motivée, Mme B ne réalise plus de rituel, sans se sentir anxieuse. Elle explique que ça n'est pour l'instant pas toujours complètement fluide, et qu'elle doit rester vigilante pour ne pas ritualiser encore parfois par automatisme. Mais elle a parfaitement acquis les techniques thérapeutiques et sait désormais les manier facilement en se créant elle-même des exercices quand c'est nécessaire. Et c'est là l'un des objectifs fondamentaux des TCC : que le patient devienne peu à peu son propre thérapeute.

Je questionne Mme B sur ce qui lui a plus particulièrement permis d'avancer dans cette prise en charge. Elle mentionne alors trois points :

-La psychoéducation : elle explique que comprendre le fonctionnement de son trouble, les mécanismes d'action des techniques thérapeutiques, et notamment que la modification de ses actions allait agir sur son cerveau et ainsi modifier sa maladie, ont été d'importants facteurs de motivation.

-La technique de contamination totale lui a beaucoup correspondu. Elle explique qu'elle revenait sans cesse à l'image des « moutons » dont elle devait se débarrasser *« comme s'il restait une bulle, qu'il fallait que je perce. »*

-Le rythme des rendez-vous toutes les une à deux semaines, a été également un moteur important, car elle ne pouvait pas concevoir d'arriver en consultation en n'ayant rien travaillé depuis la fois précédente. *« J'avais des comptes à vous rendre. »* Elle s'astreignait donc systématiquement à travailler sur ses exercices. Il s'agit là aussi d'un autre grand principe des TCC : travailler en collaboration avec le patient, de manière horizontale, impliquant la participation active du patient.

Mme B partant alors un mois en vacances, et la période de son retour correspondant au changement de semestre, la prise en charge s'est donc terminée lors de cette consultation. Mme B ne prenait alors plus que la moitié d'un comprimé de paroxétine par jour, qu'elle devait suspendre complètement la semaine suivante, selon le rythme de décroissance établi. L'ensemble de nos objectifs étant atteints, je propose à Mme B de continuer ce travail seule puisqu'elle en était désormais capable et de reprendre contact en cas de difficultés, ou si elle souhaitait poursuivre le travail sur les problématiques sexuelle ou d'addiction à l'alcool.

3) Mlle A : Obsessions de malheur et rituels conjuratoires

Mlle A est une jeune patiente de 18 ans, qui m'est adressée par un médecin de l'Association Azuréenne de TCC (à qui j'avais fait part du présent travail), devant l'absence d'amélioration de ses TOC malgré des tentatives de prise en charge en TCC classiques.

1ère consultation : anamnèse.

Mlle A est accompagnée de sa maman, laquelle m'a contactée pour la prise du premier rendez-vous, me disant être très inquiète pour sa fille. En effet, elle la trouvait beaucoup moins bien en ce moment, très angoissée. Mlle A avait manqué plusieurs demi-journées de cours à cause de son état (elle redouble alors sa classe de Terminale). Je proposais donc un premier rendez-vous rapidement, dans la semaine.

Lors de cette première consultation, Mlle A est de bon contact, un peu réservée au début, mais souriante, sympathique. Mlle A semble un peu plus jeune que son âge, avec une présentation classique pour une jeune lycéenne. Elle reste relativement en retrait par rapport à sa mère, lui laissant la parole, guettant son approbation lorsqu'elle répondait elle-même à une question. Je propose donc rapidement de poursuivre l'entretien seule avec Mlle A, et de refaire le point avec sa mère en fin de consultation si j'ai besoin de précisions ; ce que celle-ci accepte très bien.

Mode de vie : Mlle A vit avec ses deux parents et sa sœur de 23 ans, étudiante en médecine. La maman est infirmière, le papa est en congé maladie de longue durée suite à un accident. Mlle A décrit une bonne entente intrafamiliale. Elle effectue donc une seconde année de Terminale en section S, et n'a pas encore de projet professionnel précis.

Antécédents familiaux : Mlle A décrit de probables antécédents dépressifs chez son grand-père. Les deux parents sont décrits de tempérament anxieux. Mlle A relate un fléchissement thymique modéré chez ses deux parents depuis l'année dernière, suite à un accident survenu dans leur maison en construction, où le toit s'est effondré et le père de Mlle A a été victime de nombreuses fractures. Suite à cet accident, le terrain où ils avaient débuté leur construction s'est révélé être dans une zone inconstructible. Mlle A décrit que depuis cette période, l'ambiance est plus tendue à la maison.

Antécédents personnels/Histoire de la maladie :

Dans la petite enfance, on retrouve une anxiété de séparation importante.

Mlle A a consulté pour la première fois un pédopsychiatre lorsqu'elle était en classe de 6ème devant des troubles anxieux *(« j'avais des nausées », « je pleurais tout le temps », « j'avais peur de grandir »).*

En classe de 3ème, de nouvelles consultations pédopsychiatriques sont effectuées, devant un mal-être, et des attaques de panique. C'est à cette période que Mlle A décrit l'apparition des premiers symptômes de TOC : *« au départ, je ne pouvais plus fermer les poignées de porte».* Elle ne sait pas expliquer pourquoi. Je ne retrouve aucune obsession associée initialement (ni de contamination, ni de symétrie, ni de pensées magiques). Puis progressivement, l'expression du TOC s'est modifiée, étendue. Des obsessions sont apparues : Mlle A décrit des pensées intrusives concernant des catastrophes qui pourraient arriver à ses proches, notamment ses parents (ex : accident, séisme…) Lorsque de telles pensées survenaient, elle se sentait dans l'obligation de reposer l'objet qu'elle avait en main, ou d'interrompre l'action commencée. Par exemple, si une obsession survenait à table, elle devait reposer les couverts qu'elle avait en main et ne pouvait pas continuer à manger. Elle avait alors perdu beaucoup de poids. Progressivement, les obsessions se sont multipliées et ces manifestations se sont étendues à toutes les activités du quotidien : Mlle A ne pouvait pas s'habiller, ou se laver, ou se rendre dans la pièce voisine si l'action avait été débutée lors de la survenue d'une obsession. Elle restait donc bloquée au milieu de la pièce sans bouger, ou devant son placard de vêtement, son assiette ; se sentant incapable de poursuivre l'action entamée tant que l'obsession persistait. Cela avait pris de telles proportions que les parents se sont sentis obligés de faire les choses à sa place : l'habiller, la laver, la porter d'une pièce à l'autre quand elle se sentait bloquée. Cette aggravation du TOC et le retentissement fonctionnel majeur ont conduit à deux hospitalisations de quinze jours en service de pédopsychiatrie.

Durant les hospitalisations : Le TOC ne se manifestait paradoxalement que très peu. Mlle A était décrite très passive, et ayant besoin d'être sollicitée pour toutes les activités, mais elle parvenait à effectuer les actes de la vie quotidienne sans se sentir trop gênée par son TOC. *« J'avais pas le choix de toute façon ».* Cela renvoie au constat de la théorie neurocomportementale que lorsque le TOC n'en a pas la possibilité matérielle, il ne s'active pas. Mlle A avait pu alors rapidement sortir d'hospitalisation, et avait poursuivi quelques

demi-journées par semaine une prise en charge en hospitalisation de jour pendant les vacances d'été.

Traitement médicamenteux : Un traitement par Imipramine avait été instauré lors de la première hospitalisation, mais rapidement interrompu devant l'absence d'efficacité, puis un traitement par Sertraline au cours de la seconde hospitalisation, qui s'est révélé beaucoup plus efficace, à la dose de 150 mg/jour, traitement qu'elle prend toujours depuis.

Evolution de la symptomatologie : L'impossibilité de poursuivre une action engagée lors de la survenue d'obsessions est encore problématique aujourd'hui, par périodes, mais n'a jamais repris les proportions initiales. Il n'est plus arrivé que ses parents la lave ou la porte. En revanche, ils participent toujours au fonctionnement du TOC, en lui faisant passer ses habits un à un pour s'habiller le matin lorsqu'elle est bloquée par son TOC, ou en lui donnant la main pour se lever le matin, ou en l'accompagnant d'une pièce à l'autre.

Le contenu des obsessions s'est également modifié : il ne concerne plus la survenue de catastrophes à ses proches mais à elle-même, avec la crainte de se faire tuer, agresser, violer…Les obsessions peuvent également être constituées désormais simplement d'images intrusives de personnes qu'elle n'apprécie pas ou lui font peur. Ainsi par exemple, si elle pense à une fille de sa classe qu'elle n'aime pas en s'habillant et qu'elle n'a enfilé qu'une jambe de son pantalon, elle doit l'enlever, le reposer, et attendre de ne plus avoir de mauvaises pensées, voire effectuer un rituel comportemental de type avancer/reculer pendant ce temps, avant de pouvoir le remettre. En revanche, si ses parents lui font passer son vêtement, elle peut l'enfiler plus facilement.

Mlle A décrit par la suite l'apparition de divers rituels comportementaux, « sans but », sans obsession particulière associée, *« je ne sais pas l'expliquer, mais je ne peux pas faire autrement, c'est débile »*. Ces rituels consistent par exemple à avancer puis reculer, ou faire une rotation externe des bras, ouvrir et fermer un robinet, poser et reposer un objet, etc…Elle décrit réaliser ces rituels de manière automatique, parfois suite à la survenue d'une obsession, mais pas systématiquement. Lorsqu'elle se sent globalement plus anxieuse, elle présente davantage de compulsions, mais elle n'associe pas spécialement une augmentation de l'anxiété juste avant la réalisation du rituel, ni une diminution juste après, comme le supposerait les théories classiques.

Mlle A a développé également un autre type de TOC, se manifestant le soir en rentrant de l'école : des obsessions de contamination avec notion de propagation et rituels de lavage.

La source de contamination est tout ce qui vient de l'école, donc ses affaires scolaires mais aussi son propre corps, son portable, etc… En rentrant du lycée, avant de toucher quoi que ce soit dans la maison ou de s'asseoir, elle va prendre une douche pour se « décontaminer du lycée ». Dans la soirée, après avoir fait ses devoirs et donc touché ses livres et classeurs provenant du lycée, elle va reprendre une douche, ou au moins se laver les mains. Si elle touche son portable le soir, qui lui aussi a été au lycée la journée, elle se lave les mains ensuite. Mais si elle n'est pas rentrée immédiatement à la maison après le lycée, et a fait des courses par exemple, le TOC ne se manifeste pas à son retour : elle ne se sent plus contaminée par le lycée lorsqu'elle s'est rendue dans un autre lieu intermédiaire. Le principe de la technique du décalage s'applique probablement également ici.

L'ensemble de cette symptomatologie est plus ou moins envahissante par période, les périodes d'aggravation du TOC étant corrélées à une anxiété et un mal-être plus important.

Scolarité : Mlle A a toujours eu de relativement bons résultats scolaires et son TOC n'a jamais vraiment eu de retentissement dans ce domaine. En effet, contrairement à la maison, à l'école le TOC se manifestait très peu : *« Quand je suis concentrée sur un cours, je ne pense pas à mes TOC »*. Il pouvait poser problème par exemple si on lui demandait de changer de place et qu'à ce moment-là, une obsession était présente et qu'elle se sentait « bloquée » par son TOC. Elle décrit que son TOC peut l'amener également à être plus lente en classe, du fait par exemple de rituels dans la manière d'écrire. Pendant les périodes où le TOC se manifeste davantage, elle se lave plus souvent les mains au lycée, ou avance et recule dans le couloir quand elle est seule. Mais personne dans sa classe n'a jamais su qu'elle souffrait de TOC. Mlle A a honte de sa pathologie et est très vigilante à ce que le moins de personnes possibles ne soient au courant. Elle en a d'ailleurs voulu à son père de l'avoir dit à un ami de la famille. A l'école, Mlle A a toujours été très réservée, timide, décrivant manquer de confiance en elle. Elle décrit ne jamais s'être sentie très à l'aise à l'école. Lors des changements d'établissement, elle a eu des difficultés pour nouer de nouvelles relations sociales. La classe de Seconde a donc été plus difficile, le TOC était relativement présent à cette période. Puis à partir de la Première, elle se sentait mieux dans le groupe, et a eu deux très bonnes amies sa première année de Terminale. A cette période, le TOC ne se manifestait quasiment plus, même à la maison. Mlle A avait alors des résultats corrects toute l'année sans beaucoup travailler et s'est présentée au bac assez confiante. Elle a donc été surprise de son échec. Toutes ses copines sont donc parties faire leurs études supérieures, et Mlle A redouble cette année dans une

classe où elle se sent mal à l'aise dans le nouveau groupe. Elle décrit s'ennuyer en cours et se sentir angoissée chaque jour.

Problématique actuelle : Depuis la rentrée dans cette seconde année de Terminale, Mlle A présente une nouvelle recrudescence des manifestations de son TOC. Le matin, ses parents participent beaucoup plus au déroulement de ses rituels, afin qu'elle n'arrive pas en retard au lycée. Ils participent également le soir pour lui permettre de ne pas se coucher trop tard. Les idées de contamination de la maison par le lycée sont d'autant plus présentes qu'elle s'y sent mal cette année. Mlle A a récemment manqué plusieurs jours de cours car elle se sentait trop angoissée. La prise en charge par le médecin me l'adressant avait permis l'année précédente une bonne amélioration du niveau d'anxiété, notamment par la pratique de la pleine conscience. Actuellement, la situation n'évoluant pas depuis la rentrée, il est donc décidé de tenter une nouvelle approche psychothérapeutique.

Au total : A l'issu de cette première consultation :

- J'explique à Mlle A et sa mère (que je fais revenir en fin ce consultation) que je ne vais pas effectuer de modification du traitement médicamenteux pour l'instant, étant donné que la Sertraline avait permis une régression importante du trouble et que l'aggravation actuelle semble très corrélée à la situation.

- Je propose de débuter une prise en charge psychothérapeutique de type TCC comme le médecin précédent, donc basée sur des exercices et des tâches à effectuer, convenus ensemble à partir de l'analyse fonctionnelle du trouble, dans le but de modifier à terme ses comportements pathologiques. Je précise que ces exercices vont se baser sur une conceptualisation du TOC différente, par rapport à la prise en charge proposée jusqu'à présent.

- Je demande à Mlle A de me noter un relevé descriptif des différents TOC qu'elle présente, sur l'exemple d'une journée ou d'une partie de journée, afin que nous puissions baser nos exercices sur des situations précises.

- J'aborde succinctement les grands principes de la psychoéducation de la théorie neurocomportementale, et je donne à Mlle A la fiche explicative des auteurs, que nous reprendrons plus en détails à la séance suivante.

- Je demande à Mlle A lorsqu'elle s'apprête à ritualiser, d'essayer d'attendre quelques minutes avant d'effectuer son rituel. Nous reprendrons l'explication de cette technique du décalage lors des séances suivantes.

2ème consultation : évaluations initiales.

Je reçois Mlle A seule. Je la questionne sur l'intensité des manifestations de son TOC au cours de cette semaine : *« Ça ne va pas trop. »* Elle explique que ce qui est le plus gênant, est qu'elle prenne énormément de temps pour s'habiller le matin : *« Je pense à des personnes, du coup je ne peux pas prendre mes habits, sinon cette personne va me faire du mal. J'essaie de m'enlever cette pensée pour pouvoir m'habiller mais elle reste. Et puis c'est tellement automatique que parfois même sans pensée, c'est pareil. Du coup mes parents viennent me donner les habits.»*

Le soir, outre les rituels liés à la contamination de la maison par le lycée, elle doit également exécuter de nombreuses séquences comportementales : tourner les poignets, tendre les bras, regarde en haut, en bas…Il n'y a pas d'ordre particulier à respecter ni de nombre de répétition précis à exécuter : *« ça dépend de la pensée, ou bien c'est comme ça ». « Quand j'ai fait tous mes petits mouvements bien, je peux aller me coucher ».* Elle ne décrit alors pas systématiquement d'obsessions associées, mais il s'agit d'une période où elle ne se sent globalement « pas bien », et où ces manifestations comportementales sont beaucoup plus envahissantes.

Nous consacrons le reste de cette séance à la passation d'échelles d'évaluation :

<u>L'échelle de la Y-BOCS</u> retrouve un score de 23.

La passation de la MINI et de l'échelle MADRS (score de 3) ne retrouvent pas de comorbidité.

<u>L'auto-questionnaire OCI-R</u> retrouve la réponse « me dérange beaucoup » pour les items :

« je dois parfois me laver simplement parce que je me sens contaminée »

Et « je suis contrariée par des idées déplaisantes qui me viennent à l'esprit contre ma volonté » ;

Et la réponse « me dérange modérément » pour les items :

« je vérifie les choses plus souvent que nécessaire »

Et « j'éprouve de la difficulté à contrôler mes propres pensées ».

La check-list de la Y-BOCS retrouve, dans les obsessions à thème agressif, la « peur que quelque chose de terrible puisse arriver par sa faute », ou plus précisément chez Mlle A, que quelque chose de terrible puisse arriver, du fait d'avoir eu une mauvaise pensée.
Parmi les obsessions diverses, on retrouve « la peur de dire certaines choses », de crainte qu'il arrive quelque chose pour Mlle A ; des « nombres qui portent bonheur », mais Mlle A explique que ce nombre n'est pas fixe et varie selon les périodes.
Parmi les compulsions de lavage, elle répond positivement pour « lavages des mains ritualisés ou excessifs » et pour « autres mesures pour éviter ou supprimer le contact avec des éléments contaminants », en l'occurrence ici, l'élément contaminant étant le lycée.
Parmi les rituels de répétition, on retrouve de nombreuses « répétitions d'activités routinières (ex : sortir/entrer, se lever, s'asseoir,…)
Dans les compulsions diverses, Mlle A explique faire des rituels impliquant des mouvements oculomoteurs : regarder en haut, en bas, puis sur les côtés.

L'échelle BABS évaluant l'insight montre une relativement bonne conscience du caractère pathologique de ses troubles, (avec un score total de 7), dont Mlle A parle d'ailleurs souvent avec beaucoup d'autodérision et d'ironie *(« Vous voyez, c'est super intelligent ce que je fais, je suis d'une logique !»).* Elle sait qu'objectivement, ses croyances sont irréalistes, et que la réalisation des rituels ne peut raisonnablement pas empêcher une quelconque catastrophe. Cependant, même si elle ne l'admet pas vraiment, il semblerait, à certaines de ses réactions, qu'une légère incertitude persiste par moment.

En fin de consultation, je réitère les mêmes consignes que la fois précédente.

3ème consultation : psychoéducation et premiers exercices à réaliser.

Mlle A dit n'aller toujours pas très bien, et avoir beaucoup d'obsessions dès le matin. Au lycée, elle se sent stressée par des élèves qu'elle trouve « bizarres », et elle exécute discrètement des rituels comportementaux : se lave les mains, prend et repose des objets, ouvre et ferme les robinets…Elle n'a pas du tout commencé la technique du décalage dont nous avions parlé, parce qu'elle ne voit pas bien ce que cela pourrait changer. Je lui réponds qu'elle a raison, que pour l'instant, nous n'avons pas encore pris le temps d'expliquer l'intérêt

des exercices et qu'il est donc normal qu'elle n'ait pas réalisé quelque chose dont elle ne voit pas l'intérêt.

Nous consacrons donc cette séance à la reprise des **explications de la psychoéducation**, en relisant ensemble la fiche et en répondant aux questions soulevées. Mlle A semble soulagée d'entendre que sa maladie est liée à un dysfonctionnement cérébral fonctionnel, dont elle n'est pas responsable. En effet, elle restait dans l'idée que sa maladie avait dû se déclencher suite à quelque chose qui se serait passé dans son enfance, sans qu'elle ne sache identifier vraiment quoi, et elle s'en sentait donc responsable.

Puis j'explique successivement les **quatre grands types d'outils thérapeutiques de l'approche neurocomportementale**, en utilisant à chaque fois les métaphores proposées par les auteurs. Mlle A semble bien comprendre les différents principes, leur fonctionnement et leur but commun : diminuer l'hyperactivité de la zone cérébrale impliquée dans le TOC, d'une part en ne renforçant plus le TOC en n'exécutant plus les séquences comportementales automatiques qu'il impose ; d'autre part en « désobéissant » à son TOC, soit en effectuant des séquences comportementales différentes , soit en différant les rituels qu'il dicte. Mlle A est très intéressée et motivée lorsque je lui indique les chiffres constatés par les auteurs : une diminution de 50 % puis 70 % des rituels les premières semaines suivants l'application de la technique du décalage.

Nous essayons donc de **définir ensemble des exercices** adaptés au TOC de Mlle A, **issus de ces quatre grandes techniques**, qu'elle devra essayer d'appliquer pour la séance suivante :

- Le décalage : Je demande donc à Mlle A de systématiquement essayer d'attendre cinq minutes avant d'effectuer un rituel, à partir du moment où elle en ressent le besoin.

- Le sabotage et la provocation : Je demande à Mlle A, à chaque fois que c'est possible, d'essayer de ne pas ritualiser tel que son TOC le lui ordonne, mais de faire le mouvement inverse par exemple, ou lorsqu'elle doit avancer/reculer, de faire à la place des pas sur le côté, et même si elle refait à un moment son rituel, de le resaboter immédiatement derrière.

- La contamination totale : Nous essayons de réfléchir à la manière de « contaminer l'ensemble de la maison avec le lycée ». Mlle A craint que ce soit trop difficile à mettre en place seule. Mais elle est d'accord pour que sa mère prenne les affaires de son sac du lycée, et les étale dans toute la maison. Puis si sa mère ne se lave pas les mains ensuite, elle contaminera donc l'ensemble de la maison et il sera impossible pour Mlle A de tout

décontaminer derrière. En fin de séance, nous réexpliquons cet exercice avec la maman, qui est d'accord et très motivée pour participer.

- Le laisser couler et la nomination : Après avoir repris la métaphore du voisin avec sa tondeuse à gazon, je propose à Mlle A, à chaque fois que son TOC est présent, et qu'il lui semble trop difficile d'appliquer l'un des exercices précédents, de se dire *« ça n'est pas grave, c'est le bruit de fond de mon TOC ».*

4ème consultation : premières applications des exercices et difficultés de motivation.

Mlle A se présente avec un faciès plus triste. Elle est plus renfermée, soucieuse. Je l'ai fait venir en consultation sur l'hôpital Pasteur pour la première fois, pour des raisons pratiques, et elle s'est sentie très mal à l'aise en salle d'attente des consultations de psychiatrie générale, effrayée par certains patients qui l'ont fixée, ce qui a provoqué des obsessions de type *« ils vont m'agresser »*.

Ces derniers jours, au lycée, elle a dû travailler en groupe pour le travail de TPE de Terminale, avec deux camarades de classe qu'elle n'apprécie pas du tout, ce qui entraine beaucoup d'obsessions en leur présence et après les séances de travail, du type *« elles vont me faire du mal »*, ou simplement l'image mentale de ces filles, la mettant mal à l'aise voire l'angoissant. Les séances de travail se passent mal, elles ne sont pas d'accord, se disputent et le devoir n'avance pas, ce qui stresse Mlle L. Elle décrit la présence beaucoup plus envahissante qu'habituellement de rituels tels qu'avancer/reculer ou se laver les mains. Elle constate également que les obsessions persistent de manière beaucoup plus fixe, alors que d'ordinaire, quand elle se concentre sur autre chose, l'obsession s'estompe.

Je demande à Mlle A de me **récapituler** ce qu'elle a retenu de la fiche de **psychoéducation**. Elle a bien retenu les grands principes : *« J'ai mon cortex préfrontal qui me tape du marteau, et qui provoque mes symptômes. Il faut que je lui désobéisse pour tordre le coup à mon TOC ».*

Nous passons en revue les **exercices** qu'elle a pu mettre en pratique, et dans le cas contraire, ce qui l'a empêchée de le faire :

- Le décalage : Les quelques fois où Mlle A a tenté d'appliquer cette technique, cela a très bien fonctionné : au bout des cinq minutes de décalage, elle ne ressentait déjà plus le besoin de ritualiser et n'avait pas besoin d'introduire une nouvelle séquence de décalage. Cependant, la plupart du temps, elle ne l'a pas appliqué, avec des cognitions défaitistes d'emblée : *« Je n'étais pas bien, il y avait soit trop d'anxiété, soit trop de pensées, je sentais que je ne pourrai pas attendre cinq minutes ».* Je reprends donc les explications sur la technique du décalage, insistant sur le but des exercices : désautomatiser les ordres aberrants envoyés par la zone du cerveau hyperactivée par le TOC, en n'obéissant pas exactement à ce qu'ils demandent, en l'occurrence ici en ne répondant pas immédiatement à l'injonction du TOC. Ainsi, je lui précise que si cinq minutes lui semble insurmontables quand elle est très angoissée, l'exercice peut ne durer qu'une ou deux minutes, l'important étant de décaler, pas de tenir à tout prix une certaine durée. Mlle A me répond qu'elle a bien compris mais que dans ces moments-là, elle n'est pas motivée pour se lancer dans un exercice. Je lui rappelle donc l'efficacité attendue d'une diminution de plus de la moitié du temps passé à exécuter des rituels si elle applique cette technique.

- La provocation et le sabotage : Mlle A n'a pas essayé de le mettre en place, avec les mêmes cognitions fatalistes *: « je me suis dis que ça ne marcherait pas ».* Je réexplique donc l'intérêt de cette technique. Mlle A a du mal à voir l'intérêt de faire des pas sur le côté quand son cerveau lui dit d'avancer reculer. Je lui propose d'essayer pour constater par elle-même. J'essaie ensuite de chercher avec elle un autre exercice auquel elle adhèrerait peut-être mieux, incluant de la provocation et du sabotage.

Exposition en imagination aux pensées obsédantes et provocation en réalisant des actions en présence des obsessions : Un exercice intéressant dans le cadre de son TOC serait de s'exposer à ses obsessions, tout d'abord tranquillement assise sur son canapé en se les répétant pendant plusieurs minutes et les exagérant (par exemple : *« Que cette fille continue à m'embêter pour le reste de ma vie, qu'elle m'agresse, qu'elle me frappe, qu'elle me torture »),* puis qu'elle s'expose à ses obsessions volontairement en réalisant une action « qui ne doit normalement pas être salie par une obsession », par exemple s'habiller le matin. Je lui propose donc pour chaque vêtement enfilé d'essayer de maintenir cette pensée désagréable dans son esprit. L'occasion des vacances scolaires me semble être opportune à la mise en

place de cet exercice tranquillement. Je propose à Mlle A de faire un premier exercice d'exposition en imagination à ses obsessions dans le bureau de consultation. Elle n'est pas très favorable au début, et pense que ça ne servira à rien. Je lui fais remarquer que les exercices d'exposition en imagination étant un peu particuliers à mettre en pratique les premières fois, si on ne commence pas par le faire en séance, elle ne le fera certainement pas seule chez elle. Elle accepte finalement. Je lui propose de s'exposer aux dernières obsessions qu'elle a présentées ce jour en salle d'attente. Nous commençons par effectuer un exercice de respiration abdominale. Puis je lui demande de visualiser l'un des patients qui lui a fait peur et de se répéter *« il va m'agresser ».* Après quelques secondes elle me dit que ça ne fonctionne pas, qu'elle ne se sent pas du tout anxieuse. Nous poursuivons l'exercice une minute, je la guide avec ma voix pour l'aider à garder l'obsession à l'esprit. Elle me dit alors qu'elle ne se sent pas très bien et qu'elle veut arrêter, sinon elle craint que l'obsession ne persiste plusieurs heures. Je lui schématise le principe de l'habituation en TCC et lui précise que si nous devons prendre tout le reste de la séance pour obtenir ce phénomène d'habituation et faire diminuer l'anxiété, nous le ferons et que ça ne sera pas du temps perdu. Nous poursuivons alors plusieurs minutes puis elle me dit que *« c'est passé »,* qu'elle n'est plus anxieuse. Je lui conseille donc d'essayer de refaire cet exercice quotidiennement chez elle, puis qu'ensuite, nous essaierons de mettre en pratique l'exposition pendant qu'elle s'habille lors de la période des vacances.

- La contamination totale : Mlle A a tenté d'appliquer, une seule fois, avec l'aide de sa mère, l'exercice de contamination totale. Elle a caressé son chien avec son livre de maths, puis sa mère a touché ses affaires et le chien puis a tout touché dans la maison. Ce jour là, Mlle A ne s'est pas sentie anxieuse, et n'a pas ressenti le besoin de ritualiser. Il est difficile de différencier s'il s'agissait d'un « bon jour », où le TOC ne se serait de toute façon peu manifesté, ou si c'est l'exercice qui a été efficace, par l'impossibilité matérielle de protéger la maison de la contamination par les affaires du lycée. Je lui conseille d'essayer de répéter cet exercice quotidiennement, d'autant plus qu'il n'a pas été contraignant ni difficile à réaliser.

- La nomination et le laisser-couler est en revanche la technique la plus utilisée par Mlle A. Lorsque des obsessions sont présentes, elle se répète que ça n'est que « le bruit de fond de son TOC», et cela lui permet de faire diminuer l'anxiété associée et de rendre les obsessions un peu moins envahissantes.

Bilan de la séance : Mlle A a donc mis en pratique les techniques de la nomination, et occasionnellement du décalage et de la contamination totale. Je lui demande donc d'essayer d'utiliser ces techniques plus régulièrement, le but de la prise en charge étant de remplacer peu à peu les séquences comportementales pathologiques automatisées par son TOC (les boucles cortico-sous-cortico-corticales) par de nouveaux comportements « décidés » par le cortex « sain », qui eux, n'entraineront pas anxiété, doute et obsession.
Je lui demande également de répéter l'exercice d'exposition en imagination, afin de préparer de futurs exercices de provocation. Je rappelle également les exercices de sabotage dont nous avons discuté.

5ème consultation : exposition en imagination aux obsessions agressives.

Mlle A a passé une mauvaise semaine. Elle n'a pu effectuer aucun exercice : *« j'étais tellement stressée, je ne pouvais rien faire »*. Le fait de venir en consultation à l'hôpital psychiatrique la semaine dernière a été pourvoyeur de beaucoup d'anxiété et d'obsessions. Les rituels de toutes sortes ont été nombreux cette semaine, à tel point que le lendemain de la consultation, elle n'a pas réussi à se rendre au lycée et la maman, très inquiète, m'avait contactée en urgence. Ce jour-là, Mlle A a passé la journée à ritualiser, et les obsessions concernant les patients de psychiatrie ne l'ont pas quittée de la journée. Outre les obsessions de type *« ils vont m'agresser »,* des obsessions de contamination avec propagation, de la maison par l'hôpital ont également été très anxiogènes. En effet, son père l'ayant accompagné à l'hôpital, il était lui aussi contaminé et a donc contaminé tout ce qu'il touchait dans la maison. Ces obsessions de contamination ont persisté plusieurs jours. A chaque fois que Mlle A devait toucher un objet que son père avait potentiellement touché aussi, elle ressentait le besoin de se laver les mains. Cependant, dès son retour au lycée le surlendemain, le TOC ne s'est pas davantage manifesté au lycée, mais uniquement à la maison.

<u>Exercices d'exposition en imagination aux obsessions :</u>

L'exercice d'exposition en imagination que nous avions réalisé en séance a probablement mal été effectué, avec des évitements cognitifs pour ne pas maintenir l'exposition permanente, sans doute trop difficile. Nous effectuons une hiérarchie des situations anxiogènes, afin de réaliser cette fois-ci une exposition en imagination plus progressive et avec un niveau d'anxiété tolérable. J'explique alors à Mlle A le piège des

évitements et l'intérêt de rester exposée toute la durée de l'exercice. Nous refaisons cet exercice avec une exposition en imagination à des personnes de son lycée qu'elle n'aime pas. Je lui demande au début de seulement les imaginer : l'anxiété est alors faible et disparait rapidement. Puis nous refaisons l'exercice en ajoutant la répétition mentale d'obsessions de plus en plus agressives en rapport avec ces personnes. A chaque fois, l'anxiété disparait en quelques minutes. Puis nous refaisons l'exercice en pensant à l'image de l'hôpital psychiatrique uniquement, puis l'image de la salle d'attente de loin, puis de plus en plus près, puis en maintenant l'image seulement, sans verbalisation d'obsession précise, d'un patient de la salle d'attente. Nous consacrons donc cette fois-ci la majeure partie de la séance à ces exercices d'exposition. Cette consultation ayant eu lieu à l'hôpital général l'Archet (sans patient pris en charge en psychiatrie devant l'hôpital ni en salle d'attente), Mlle A est d'accord pour revenir en consultation à l'hôpital psychiatrique à Pasteur lors de consultations ultérieures.

Tâches à réaliser pour la semaine suivante :

Je lui demande de répéter chaque jour les exercices d'exposition réalisés en séance à la maison, d'abord assise dans son canapé, puis si possible pendant l'exécution d'un rituel. Si elle se sent contrariée par son TOC ensuite, elle pourra effectuer à nouveau son rituel correctement, à condition de le resaboter juste après. Mlle A comprend le principe, mais ne semble pas sûre de se sentir capable de le mettre en pratique pour l'instant.

Les autres exercices discutés lors des séances précédentes sont également à poursuivre.

6ème consultation : la lutte contre les évitements.

La consultation a lieu à l'hôpital l'Archet. Mlle A a effectué à deux reprises les exercices d'exposition en imagination, sur son canapé, mais pas pendant l'exécution de rituels. Elle s'est exposée tout d'abord à l'image de personnes de son lycée qu'elle n'apprécie pas, puis à des obsessions agressives les concernant. L'exercice n'a pas provoqué spécialement d'anxiété, elle l'a donc rapidement interrompu. Elle s'est exposée à l'idée de retourner en consultation sur l'hôpital Pasteur, avec les obsessions que cela implique, *« parce que j'ai pas vraiment le choix »* dit-elle un peu résignée. Je ne suis pas convaincue que l'exercice ait été réalisé correctement, mais je n'insiste pas davantage car je sens Mlle A peu dans l'alliance pour cet exercice. Elle est cependant d'accord pour revenir à l'hôpital Pasteur à la séance suivante.

Je reprends avec Mlle A lors de cette séance l'analyse fonctionnelle de certaines situations où se manifeste son TOC, et nous mettons en évidence de nombreux évitements par anticipation, pour ne pas « perdre de temps » à exécuter ses rituels.

Exemple :
Situation : *« je croise une personne bizarre.»*
Anticipation : *« il faut que je fasse mon TOC/que j'avance et je recule/ sinon je vais être angoissée parce que c'est souvent le cas dans ce genre de situation »*
Emotion : Légère hypervigilance, mais pas vraiment d'anxiété.
Comportement : *« J'avance je recule. »*

Cependant, Mlle A a bien compris qu'il était important de désobéir à ce que veut lui imposer son TOC. Elle me raconte donc une situation où elle s'est forcée à ne pas respecter ce que lui dictait son TOC. Mlle A s'apprêtait à regarder un film quand sa sœur a répondu à l'appel téléphonique d'un ami que Mlle A n'aime pas. Elle a alors eu une pensée intrusive : *« il ne faut pas que je regarde ce film sinon il risque d'arriver quelque chose, ça va m'angoisser »,* sans obsession bien précise ni image mentale concernant ce qui pourrait arriver mais une sensation de malaise flou. Elle s'est alors forcée à regarder tout de même le film, et elle n'a finalement pas ressenti d'anxiété comme elle le redoutait. Elle a donc pu vérifier par elle-même qu'en provoquant son TOC, ses cognitions anticipatrices ne se vérifiaient pas forcément. Je m'appuie donc sur cet exemple pour lui réexpliquer qu'éviter ne soigne pas son TOC et ne fait qu'alimenter le problème. Alors qu'au contraire, ne pas éviter revient à être dans une situation d'exposition permanente et permet donc chez les patients qui évitent beaucoup, une régression rapide du TOC grâce au phénomène d'habituation obtenu par les expositions. Même s'ils peuvent avoir la sensation initialement de perdre beaucoup de temps pour ritualiser, qu'ils ne prenaient pas en évitant, il ne s'agit pas de temps perdu puisque c'est un temps où leur TOC se modifie et régresse, alors que les évitements au contraire le consolident. Et les journées de Mlle A sont finalement constituées d'une succession d'évitements, puisqu'elle évite le matin de prendre elle-même ses vêtements pour s'habiller, le soir elle évite un maximum de toucher ses affaires scolaires pour ne pas avoir à trop se laver les mains ensuite, le soir elle évite d'entamer des actions, ou parfois même de marcher seule jusqu'à sa chambre, pour ne pas avoir à ritualiser trop longtemps avant de se coucher. Je lui fais remarquer que sans la participation très active de ses parents à son TOC, il lui serait matériellement impossible de respecter tous ces évitements, et que d'ailleurs

lorsqu'elle se trouve au lycée, ou chez une amie et qu'elle n'a pas d'autre choix que d'affronter la situation sans évitement, son TOC ne se manifeste que relativement peu, et sans anxiété majeure. Je lui demande si elle est d'accord avec ce raisonnement, elle me répond affirmativement. Je lui demande donc si elle serait d'accord pour que l'on décide aujourd'hui, en l'écrivant noir sur blanc, en accord avec sa mère, que ses parents ne participent plus à son TOC. Elle dit être d'accord.

Suite de l'entretien avec Mlle A et sa mère :

Je fais donc entrer la maman de Mlle A en entretien afin de lui exposer cette idée. J'avais préalablement déjà lors d'une consultation précédente, expliqué à la maman qui me questionnait sur la meilleure manière de se comporter face au TOC de Mlle A, le rôle des proches dans le fonctionnement et le traitement du TOC, et l'importance qu'ils n'aillent plus eux non plus dans le sens du TOC, auxquels cas tous les efforts de leur fille pour lutter contre le TOC risquaient d'être réduits à néant. Je lui avais également communiqué le chapitre des auteurs concernant les conseils destinés aux proches du patient. Lorsque je propose donc à la mère de Mlle A que nous formulions en accord avec Mlle A, elle et son mari, un contrat comportemental où chacun s'engagerait à ce que désormais, leur participation au TOC de leur fille ne soit plus possible. La maman me semble alors très inquiète, et me dit que Mlle A me dit oui maintenant, mais qu'à la maison ce sera une autre histoire, que ce sera impossible à respecter sinon elle arrivera en retard au lycée. Je réponds qu'il est possible que les premiers temps elle rate quelques fois son bus effectivement, mais que le but est de se débarrasser du TOC à moyen terme. Elle m'explique ensuite que le soir, s'ils ne l'aident pas, elle risque de se coucher très tard et qu'elle doit se lever à six heures le lendemain. Là encore, je réponds qu'effectivement, les premiers jours seront peut être difficiles, mais que la situation d'exécuter des rituels la moitié de la nuit ne persistera certainement pas très longtemps puisque le TOC va se modifier face à cette nouvelle situation où la participation parentale ne sera plus une option. La maman me répond qu'elle ne peut tout de même pas aller se coucher en laissant sa fille plantée au milieu du salon n'arrivant pas à se déplacer seule jusqu'à sa chambre, qu'elle trouverait ça vraiment cruel. Je demande à Mlle A ce qu'elle en pense, et voyant sa mère aussi inquiète, je la vois peu à peu se décomposer, avoir les larmes aux yeux. Elle me dit alors qu'elle n'y arrivera jamais, que c'est trop difficile, qu'elle est un cas désespéré et qu'elle restera comme ça toute sa vie. Elle ne fera pas mes exercices car dans son cas ça ne sert à rien. J'admets alors que j'ai effectivement dû vouloir proposer un exercice trop difficile à réaliser d'emblée. Je lui rappelle que les quelques fois où elle a essayé de

réaliser un exercice, il a fonctionné sans nécessiter beaucoup d'efforts, et que je suis persuadée qu'elle n'est pas un cas incurable, mais que nous devons adapter la difficulté des exercices à un degré acceptable pour elle, puis progresser pas à pas. Je propose donc de définir un type précis de situation à laquelle ses parents ne participeraient plus, puis d'étendre l'exercice progressivement à de plus en plus de situations.

J'essaie un maximum de maintenir un semblant de motivation en cette fin de consultation difficile, en renforçant les efforts fournis jusqu'à présent, en reconnaissant la difficulté de ce que j'ai pu demander et en lui rappelant que je suis là pour la guider dans la lutte contre son TOC, et que réciproquement, elle doit me guider vers un rythme acceptable pour elle, en essayant de me décrire le plus précisément possible les situations et l'intensité de son état émotionnel. Pour essayer de redonner espoir à Mlle A, je lui donne à lire le cas clinique des auteurs d'annulation de pensée avec répétition d'action, traitant du cas d'une jeune fille souffrant de TOC sévères, avec de multiples modalités s'apparentant au TOC de Mlle A, qui met en pratique divers exercices et dont l'évolution est favorable.

7ème consultation : bilan des exercices réalisés avec succès, et définitions des aspects restants à travailler.

Exercice de contamination totale par l'hôpital :

La consultation a lieu à l'hôpital Pasteur. Je demande en début de consultation à Mlle A comment elle se sent en revenant ici. Elle me dit se sentir mal à l'aise depuis l'arrivée dans le parking, avec la sensation que toutes ses affaires et elle-même sont contaminées par l'hôpital. Mais elle m'affirme d'emblée qu'elle est motivée et que ce soir, elle contaminera toute sa maison avec l'hôpital, en s'asseyant un peu partout et en touchant à tout en rentrant avant d'aller prendre sa douche. Je suis un peu surprise par cet élan de motivation soudaine, alors qu'elle comptait tout laisser tomber à la fin de la séance précédente. Je renforce cette initiative mais j'essaie préalablement de vérifier avec elle si cela ne provoquera pas une trop grande anxiété, et comme nous en discutions la semaine précédente, s'il ne serait pas plus judicieux d'intégrer des étapes de difficulté intermédiaire. Cependant, les étapes « CVV » dans le bureau, et en partant de la maison le matin ne sont pas possible dans le cas de Mlle A puisque la source de contamination n'est pas la saleté mais sa présence dans l'hôpital ou dans le lycée. Je lui propose la possibilité de contaminer l'ensemble de la maison sauf sa chambre cette fois-ci, pour garder une zone « refuge » au cas où l'exercice provoquerait trop d'anxiété.

Mlle A a du mal à évaluer de manière anticipatoire à quel degré cet exercice risque d'être anxiogène. Je lui conseille donc, si en arrivant chez elle, elle sent que cet exercice est trop difficile, de le garder pour la prochaine fois, et pour l'instant de seulement décaler de quelques minutes les rituels de lavage que son TOC lui imposera en arrivant. Ainsi, en attendant, elle pourra s'entraîner à refaire l'exercice de contamination totale par le lycée, moins anxiogène, chaque jour, afin que la semaine suivante la contamination par l'hôpital semble moins difficile. Finalement, la semaine suivante, Mlle A m'informera qu'elle a réussi à faire l'exercice de contamination totale directement, qu'elle ne s'est lavée, normalement, que plusieurs heures après son retour de la consultation, qu'elle ne s'est sentie que légèrement anxieuse sur le moment. Cette sensation désagréable, contrairement à la première fois, avait complètement disparu le lendemain.

Les évitements :

Malgré cette motivation soudaine, Mlle A venait pourtant de passer à nouveau une semaine difficile avec son TOC. Il s'agissait de la semaine de reprise du lycée après les vacances scolaires. Le lundi matin, Mlle A s'est sentie extrêmement angoissée, avec de nombreuses obsessions concernant le lycée. Elle est alors restée toute la matinée « bloquée » par son TOC, assise sur une chaise, ne pouvant pas s'habiller ni entamer tout autre action, et ruminant des obsessions. Après l'horaire du bus passée, et le bus manqué, elle a réussi à se détendre un peu, à s'habiller avec d'autres vêtements que ceux prévus initialement, contaminés par les mauvaises pensées. Puis dès qu'elle a repensé au lycée les obsessions sont revenues. Elle reste très préoccupée par la mauvaise entente avec les deux élèves avec qui elle est censée travailler le TPE, et beaucoup d'obsessions concernent ces deux élèves. Le même scénario s'est répété le mardi. Puis le mercredi, les parents l'ont aidée à s'habiller afin qu'elle ne manque pas un troisième jour de cours.

Les exercices réalisés :

En dehors de ces quelques jours où Mlle A s'est sentie très mal, elle a, le reste du temps fait des efforts pour appliquer les exercices proposés :

- La technique de la nomination et du laisser couler est celle qu'elle utilise le plus. Se dire *« ça n'est pas grave, c'est juste le bruit de fond de mon TOC »* lui permet de dédramatiser et de diminuer nettement sa participation émotionnelle. Lorsque je lui demande de réexpliquer les notions de psychoéducation, je m'aperçois qu'elle a désormais beaucoup mieux compris les mécanismes, et donc l'intérêt de la prise en charge proposée.

- Le décalage : Elle essaie davantage d'appliquer cette technique qu'au début, mais toujours pas systématiquement. En revanche, lorsqu'elle entreprend de faire l'exercice, elle fait finalement davantage de l'exposition avec prévention de la réponse, puisqu'elle ne revient quasiment jamais sur son rituel après les cinq minutes de décalage. Contrairement à la première patiente, qui n'y revenait pas systématiquement non plus mais qui se disait qu'elle en avait le droit dans quelques minutes si besoin ; Mlle A se dit quant à elle que quitte à faire l'effort de faire un exercice, autant le faire jusqu'au bout, ce qui ne correspond pas au raisonnement de la technique du décalage. Je reviens sur cette nuance dans mes explications, mais lui précise que l'EPR est également très efficace si elle préfère faire ainsi. Le décalage semble tout aussi efficace mais impose moins de difficultés. Elle explique que tels qu'elle les fait, les exercices ne sont pas trop difficiles, et qu'elle a l'impression que c'est plus efficace ainsi. Je lui conseille donc de poursuivre.

- La contamination totale de la maison par le lycée a à nouveau été effectuée mais de manière plus complète. En rentrant du lycée, elle a essayé de toucher à le plus de choses possible : sa tablette, son chien, sa sœur…qui ont donc à leur tour contaminé l'ensemble de la maison sans quelle puisse le contrôler. Après sa douche, elle s'est forcée à retoucher tous les objets, le chien…et l'anxiété a été tolérable puis a disparu, alors qu'auparavant, elle attendait parfois plusieurs jours avant de retoucher certains objets.

- TOC d'annulation de pensée avec répétition d'action : Mlle A m'explique que la veille en allant se coucher, elle a pensé à une mauvaise personne, provoquant une obsession. Elle a alors ressenti le besoin de se relever pour recommencer l'action de se coucher « bien », sans obsession. Mais elle s'est dit qu'elle devait désobéir à son TOC, a utilisé la technique de la nomination et du laisser couler et s'est finalement rapidement endormie.

Les exercices restant à faire :

Avoir avoir renforcé les efforts fournis, nous faisons le point sur les difficultés persistantes et sur ce que nous pourrions mettre en place pour progresser :

- La lutte contre les évitements et la participation des parents à son TOC reste un aspect important. Je reçois pour cela le père de Mlle A en fin de consultation pour reformuler les explications que j'ai donné à sa femme à la séance précédente, à savoir que la suppression progressive de leur participation aux rituels de Mlle A est une étape nécessaire et primordiale pour la résolution de son trouble. Il m'explique que tout le monde fait des efforts dans ce sens, même si certaines fois, faire autrement semble trop compliqué.

- La provocation par exposition aux obsessions pendant les rituels d'annulation de pensée. Je rappelle l'exercice de maintenir l'obsession à l'esprit, au lieu de l'éviter, pendant la réalisation d'une tâche « ne devant pas être salie par une mauvaise pensée ». La tâche la plus problématique pour Mlle A est de s'habiller le matin. Lorsque je la questionne pour comprendre ce qui jusqu'à présent, l'a freinée pour la réalisation de cet exercice, elle explique qu'elle craint qu'en maintenant l'obsession, elle n'arrive plus ensuite à s'en débarrasser pendant des heures et que les rituels suivants lui prennent des heures. Je lui rappelle qu'en évitant d'y penser, elle ne fait que renforcer son trouble, qui de toute façon lui prend déjà des heures les jours où elle « reste bloquée » devant ses vêtements et rate le bus pour le lycée. Une autre difficulté est que Mlle A a du mal à identifier parfois précisément ses obsessions. Elle dit penser à *« une mauvaise personne qui pourrait lui faire du mal »,* mais elle n'arrive pas à préciser exactement ce qu'elle imagine derrière *« faire du mal »*. Les exercices d'exposition en imagination que nous avons réalisé à plusieurs reprises n'ont donc peut être pas été toujours efficaces car Mlle A ne s'exposait peut-être pas à l'objet réel de son obsession. Je n'ai pas réussi jusqu'à la fin de la prise en charge, à ce qu'elle détaille davantage ses obsessions.

8ème consultation : succès du sabotage et de la provocation, de la contamination totale et de la lutte contre les évitements.

Mlle A se présente plus détendue, souriante. Elle me dit qu'elle ne sait pas vraiment expliquer comment, mais que tout va beaucoup mieux, *« ça s'est débloqué »*. Elle n'est que légèrement anxieuse d'être venue en consultation à l'hôpital Pasteur. Il n'y a pas eu d'anxiété anticipatoire plusieurs jours à l'avance comme les fois précédentes. La contamination totale en rentrant à la maison après la dernière consultation a bien fonctionné.

Elle m'explique que globalement, elle fait moins attention à ses pensées ce qui lui permet d'être beaucoup plus détendue. *« Je vis ma vie beaucoup plus tranquillement »*.

Les progrès effectués :

Elle s'est mise à utiliser la technique de la provocation et du sabotage, associée à la nomination, dès qu'une obsession survient. Ainsi, si l'obsession survient alors qu'elle est en train par exemple de se servir des pâtes, alors qu'auparavant elle n'aurait plus pu toucher son assiette, maintenant elle se dit : *« on s'en fout c'est juste mon TOC, c'est n'importe quoi, j'ai*

envie de manger des pâtes, je mange des pâtes », et elle arrive à poursuivre son action sans trop de difficulté et sans que l'obsession ne persiste. De la même façon, elle a pu acheter des vêtements alors qu'elle avait présenté des obsessions en les essayant, ce qui n'aurait pas été possible auparavant.

Elle arrive désormais à s'habiller sans trop de difficulté en provoquant son TOC. Elle n'a donc plus besoin de se lever deux heures en avance, et ses parents ne l'aident plus : ils partent travailler le matin avant elle et la laisse s'habiller seule.

Le lycée n'est plus du tout pourvoyeur d'obsession de contamination quand elle rentre à la maison le soir. Elle ne ressent donc plus du tout le besoin d'effectuer des rituels de lavage. La technique de la contamination totale semble donc avoir été rapidement efficace.

Je suis donc très agréablement surprise par cette évolution favorable assez soudaine, que Mlle A explique par : *« Il a fallu le temps que je m'y mette, mais ça y est je me suis motivée ».* Elle explique que la lecture du cas clinique de la jeune fille *« pire qu'elle »* et qui finalement évolue bien l'a aidée à reprendre confiance dans ses capacités à agir sur son TOC.

Les TOC persistants :

Mlle A continue à effectuer quotidiennement des rituels comportementaux de manière automatique, comme celui d'avancer/reculer. Mais la participation émotionnelle associée est bien moindre. Mlle A considère son TOC de manière beaucoup plus détachée. Elle explique que si elle est vigilante à la survenue de ces rituels automatiques, elle ne ressent en fait plus vraiment le besoin de les exécuter.

9ème consultation : nouvelle évaluation de la sévérité avec une évolution favorable.

Il s'agit de la dernière consultation de Mlle A avec moi avant mon départ. Le relai est ensuite assuré par le Docteur GIORDANA.

La semaine précédente au retour de la consultation, il n'y a eu que très peu d'obsessions de contamination par l'hôpital. L'exercice de contamination totale n'a donc pas nécessité beaucoup d'effort. Mlle A se sent globalement beaucoup moins envahie par des obsessions. *« Je suis moins perturbée, moins longtemps ».* Elle explique que cette semaine, elle a effectué un peu plus de rituels comportementaux que la semaine précédente, parce qu'elle a un peu relâché ses efforts. Elle était également un peu plus anxieuse, le bac

approchant, le permis de conduire aussi, et elle avait du travail en retard. Mais elle dit que désormais son TOC ne la fait plus souffrir. Elle est confiante pour la suite, contrairement à il y a quelques temps. *« Si je fais l'effort de résister, ça passe vite ».*

Nous reprenons ensemble le questionnaire de la Y-BOCS : le score est passé de 23 en début de prise en charge, à 15, soit une réduction de 35 %. J'explique à Mlle A qu'en dessous de 8, on parle de guérison, mais qu'ici, en dessous de 16, on peut déjà parler de rémission. La réduction de 35 % permet également de parler de réponse positive au traitement. Mlle A est alors très enthousiasmée d'être passée « sous la barre des 16 », et dit être très motivée pour poursuivre ses efforts, se donnant l'objectif d'avoir un score inférieur à 8 d'ici quelques temps.

Bilan :

Après trois mois de prise en charge assez laborieuse, où Mlle A semblait comprendre le travail proposé, mais ne parvenait pas à le mettre en application, sa motivation et son implication dans le travail se sont soudainement accrues permettant des progrès assez conséquents le dernier mois de prise en charge. Mlle A n'identifie pas vraiment ce qui a permis de la faire basculer ainsi dans cette phase d'action, mais explique qu'il fallait que ces nouvelles idées mûrissent pour qu'elle intègre ce nouveau mode de fonctionnement. Mlle A a finalement utilisé les quatre grandes techniques proposées par les auteurs, avec un peu moins d'adhésion pour la technique du sabotage au début. **Mlle A essaie donc désormais de fonctionner au quotidien, en utilisant un mélange de nomination, de provocation et de décalage quand survient une obsession :** *« c'est juste mon TOC, c'est n'importe quoi, je ne vais quand même pas lui obéir, j'attends, et je vais même faire l'inverse ».*

L'implication des parents dans la prise en charge, et leur préoccupation quant à l'attitude à adopter face au TOC de leur fille pour l'aider au mieux, a été un aspect primordial dans la prise en charge. En effet, leur participation au TOC de leur fille dès que celui-ci la mettait en difficulté, renforçait le trouble en l'amenant à des évitements systématiques. L'idée que cette aide ne lui était pas bénéfique a dû cheminer plusieurs séances avant d'être complètement acceptée, et que les parents puissent adapter progressivement leur comportement dans ce sens.

Discussion

L'application de la thérapie neurocomportementale auprès de trois patientes souffrant de TOC a été relativement probante, avec l'observation d'une rémission chez deux d'entre elles, et une réponse positive à la thérapie, évaluée par l'amélioration de la sévérité à l'échelle de la Y-BOCS, pour chacune d'entre elles. De plus, pour Mlle A, qui avait été préalablement prise en charge avec une approche classique des TCC, la thérapie neurocomportementale a permis une meilleure amélioration et semble lui avoir mieux convenu.

Dans les trois cas, j'ai pu constater que **le discours des patientes** concernant la description de leurs troubles, **s'intégrait mieux dans le modèle neurocomportemental** que dans les théories classiques. En effet, il s'agissait de trois patientes souffrant majoritairement de compulsions, et celles-ci étaient au centre de leur problématique. Elles décrivaient toutes trois très bien la notion de contrainte avec le sentiment de ne pas pouvoir faire autrement que de ritualiser. En revanche, aucune d'entre elles ne décrivait un lien de causalité entre des obsessions qui conduiraient à ritualiser pour diminuer de l'anxiété. Il n'y avait parfois pas d'obsession, ni même d'anxiété. Lorsque c'était le cas, elles décrivaient une contrainte à ritualiser, un sentiment de mal-être, de doute et/ou de l'anxiété, et/ou « des mauvaises pensées » dans ces moments-là, sans pouvoir vraiment les expliquer ou les mettre en lien.

Le travail de psychoéducation avec la compréhension de l'origine biologique de leur trouble, semble avoir été un aspect déterminant dans la thérapie, permettant dans un cas de déculpabiliser, dans l'autre d'être un facteur de motivation en comprenant que modifier son comportement par des exercices permettrait de modifier à terme les dysfonctions cérébrales responsables de la maladie.

La mise en application des différents exercices comportementaux a été plus au moins facile selon les cas, et a parfois pris plusieurs séances et de nombreux retours à la psychoéducation avant que la patiente ne trouve la motivation suffisante pour les mettre en œuvre. Les exercices n'ont pas toujours été appliqués strictement en conformité avec la méthodologie proposée par les auteurs. En effet, les patientes, après en avoir compris l'intérêt et les mécanismes, se sont parfois appropriées certains exercices en les personnalisant. Dans

la mesure où cela ne les mettait pas en difficulté, et restait en adéquation avec les principes de la thérapie neurocomportementale, je les ai finalement encouragées à poursuivre l'exercice tel qu'elles l'avaient mis en place, d'autant plus que cela s'avérait efficace.

Les patientes n'ont pas toutes appliqué l'intégralité des exercices proposés, d'une part car certains d'entre eux comme la contamination totale, n'ont d'indication que dans certaines modalités du TOC ; d'autre part car certains exercices ne leur correspondaient pas, soit parce qu'ils leur semblaient trop difficiles à mettre en œuvre *(comme le sabotage pour Mme C)*, soit parce qu'elle y trouvait peu d'intérêt *(comme le sabotage pour Mlle A).*

Enfin, ces trois suivis ont bien mis en évidence que **la psychoéducation des proches** et leur soutien bienveillant, en alliance avec la psychothérapie est un élément primordial, qui a fait défaut pour Mme C, mais a permis une évolution certainement plus rapide pour Mme B, et d'autant plus pour Mlle A, pour qui l'évolution n'aurait pas été possible si ses parents n'avaient pas modifié leurs comportements.

Conclusion

Le TOC est une pathologie neuropsychiatrique relativement fréquente, touchant 2 à 3 % de la population, et pouvant avoir un retentissement fonctionnel important.

Les traitements médicamenteux, notamment par ISRS, et les TCC sont actuellement des traitements de référence qui ont montré leur efficacité, et permettent d'améliorer la majorité des patients. Cependant, une minorité seulement parviennent à une rémission complète, et environ un tiers restent résistants. Les moyens thérapeutiques actuels présentent donc des limites et il apparait nécessaire de réfléchir à des alternatives qui permettraient d'optimiser la prise en charge des patients souffrant de TOC. De nouvelles techniques telles que la rTMS ou la stimulation cérébrale profonde sont d'ailleurs en cours d'étude pour les patients souffrant de TOC résistants. Sur le plan psychothérapeutique, les techniques utilisées actuellement en TCC n'ont pas été élaborées spécifiquement pour le TOC mais pour d'autres troubles anxieux, et leurs modalités d'application sont parfois compliquées ou ne semblent pas toujours être des plus adaptées face aux problématiques du TOC. Réfléchir à la manière de les optimiser nécessite tout d'abord de revoir les modèles explicatifs du TOC sur lesquels se basent ces techniques.

Depuis les premiers modèles de Janet et Freud, une vingtaine de modèles explicatifs, ont tenté d'expliquer le fonctionnement du TOC et comment s'articulent les différents symptômes. Mais aucun de ces modèles n'est complètement validé scientifiquement et ils continuent à faire l'objet de recherches. Des incertitudes et des incohérences persistent, tant dans les modèles psychologiques que neurobiologiques, bien qu'ils aient permis des avancées importantes, notamment en identifiant un substrat neuro-anatomique avec l'existence de dysfonctions cérébrales fronto-striatales dans le TOC. Le point commun à l'ensemble de ces modèles, est de placer le comportement compulsif secondaire à l'obsession, dans le but de diminuer l'anxiété engendrée par celle-ci. Mais les données de la littérature scientifique actuelle et de nombreux arguments cliniques vont à l'encontre de cette conceptualisation.

Ainsi, à partir d'une réflexion sur les limites des modèles et des techniques psychothérapeutiques actuelles, les auteurs proposent un nouveau modèle explicatif dont le fondement est radicalement différent des théories développées jusqu'à présent, puisqu'il place

le dysfonctionnement cérébral à l'origine de l'ensemble des symptômes. En effet, selon ce nouveau modèle, l'hyperactivité préfrontale pousserait le patient à ritualiser en induisant une notion de contrainte. Les rituels seraient donc primitifs et l'ensemble des autres symptômes - obsessions, doute et anxiété - n'en seraient que des conséquences.

La thérapie neurocomportementale qui en découle va donc se baser sur des fondements différents des TCC classiques, en axant le travail sur la psychoéducation de l'origine biologique du trouble uniquement concernant la partie cognitive ; et pour la partie comportementale, en s'attelant par différents exercices à modifier les séquences comportementales automatiques « imposées » (avec la notion de contrainte) par le dysfonctionnement cérébral. Cela va consister à décaler, saboter ou provoquer ces séquences comportementales pathologiques, à contaminer les zones que le cerveau impose de protéger, et à laisser-couler lorsque le TOC veut imposer une contrainte à ritualiser. Le but commun de ces exercices est donc de « désobéir » autant que possible aux injonctions irrationnelles envoyées par les zones cérébrales hyperactivées de manière pathologique, afin que peu à peu, par conditionnement opérant, ces dysfonctions cérébrales régressent avec la disparition des rituels (qui auront été décalés ou sabotés), par absence de renforcement positif.

Il est important de préciser que le but de cette nouvelle approche n'est absolument pas d'invalider l'intérêt des TCC classiques, ni de remettre en cause leur efficacité qui a déjà été démontrée. Son intérêt est de proposer une conceptualisation différente et novatrice du trouble, afin de pouvoir offrir un panel d'outils thérapeutiques plus vaste et qui pourrait convenir à davantage de patients, du fait qu' un certain nombre se heurte aux limites des techniques psychothérapeutiques classiques.

Les cas cliniques présentés dans ce travail ne démontrent pas l'efficacité de cette nouvelle approche, mais permettent d'illustrer de manière descriptive, l'intérêt que peut présenter la thérapie neurocomportementale.

Le modèle et la thérapie neurocomportementale, relativement récents, nécessitent d'être encore étudiés, afin que leur efficacité soit validée scientifiquement.

Annexes

Annexe 1 : Posologies des antidépresseurs recommandées par l'AFSSAPS (octobre 2006)

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF (TOC)					
FAMILLE	DCI	INDICATIONS de l'AMM	Posologie initiale (mg/j)	Fourchette posologique (mg/j)	Posologie maximale (mg/j)
Imipraminiques	**Clomipramine** Anafranil®	- Troubles obsessionnels compulsifs.	25	75-150	250
ISRS	**Fluoxétine** Prozac®	- Troubles obsessionnels compulsifs.	20	20-60	
	Fluvoxamine Floxyfral®	- Troubles obsessionnels compulsifs.	50	100-300	300
	Paroxétine Deroxat® Divarius®	- Troubles obsessionnels compulsifs.	20	20-40	60
	Sertraline Zoloft®	- Troubles obsessionnels compulsifs.	50	50-200	

Annexe 2 : Etapes du traitement en fonction du niveau de résistance, d'après Pallanti S. et al (2006)

Level of non-response	Description
I	SSRI or CBT
II	SSRI plus CBT
III	2 SSRIs tried plus CBT
IV	At least 3 SSRIs tried plus CBT
V	At least 3 SRIs (including clomipramine) plus CBT
VI	At least 3 SRIs including clomipramine augmentation plus CBT
VII	At least 3 SRIs including clomipramine + CBT + psychoeducation and other classes of medication (benzodiazepine, mood stabilizer, neuroleptic, psycho-stimulant)
VIII	At least 3 SRIs including intravenous clomipramine + CBT + psychoeducation
IX	At least 3 SRIs including clomipramine + CBT + psychoeducation and other classes of antidepressant agents (NSRI, MAOI)
X	All above treatments, neurosurgery

Annexe 3 : Fiche de psychoéducation destinée aux patients, d'après Anne-Hélène CLAIR, et al., Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs : nouvelles approches. 2013, p 130-132.

FICHE : COMPRENDRE LE FONCTIONNEMENT D'UN TOC POUR AGIR ET GUÉRIR

Je vais vous expliquer comment fonctionne ce que vous avez, à savoir les TOC.

Quand on met une personne qui a des TOC dans une IRM, le gros tube qui permet de regarder comment fonctionnent les zones du cerveau, on constate que la zone juste derrière le front, qu'on appelle le « pré frontal », est hyperactive, elle travaille trop. Et cela est le cas chez toutes les personnes souffrant de TOC, qu'elles aient des répétitions, des lavages, des ruminations, des vérifications, de l'annulation de pensée ou de la symétrie.

Par contre, quand on met une personne qui n'a pas de TOC dans une IRM, on voit que cette zone du pré frontal n'est pas hyperactive.

> Au tout début du XX^{e} siècle, un monsieur s'est pris une barre en métal à travers la tête (Phinéas Gage). Il a été opéré et a survécu. La barre avait endommagé la zone du pré frontal et il n'avait apparemment aucune séquelle : il pouvait s'orienter, n'avait pas de souci de mémoire, ni d'équilibre, ni de quoi que ce soit. On s'est donc dit que cette zone du cerveau ne servait à rien. Et quelque temps après, sa famille s'est plaint qu'il n'avait plus aucune censure : il n'arrivait plus à inhiber certains comportements, il était grossier, n'arrivait plus à s'empêcher de dire ou faire certaines choses.

Il semblerait donc que cette zone du cerveau, le pré frontal, soit reliée aux **processus d'inhibition et de contrôle**. Quand elle ne fonctionne pas du tout comme chez ce monsieur, on n'a plus aucun contrôle. Et quand elle fonctionne trop, comme chez les personnes souffrant de TOC, on contrôle trop.

En fait, certaines zones du cerveau sont programmées pour observer votre environnement et ne se mettre en marche que quand cela est nécessaire, c'est-à-dire quand un danger survient. C'est ça un contrôle normal : tant qu'il n'y a pas de danger, le cerveau attend, il n'agit pas. Quand un danger survient, il se met en marche et sonne le signal d'alarme en vous envoyant de la peur pour vous demander de vous enfuir ou de combattre.

Le pré frontal n'est pas impliqué dans les zones décrétant ce qui est dangereux ou pas, mais son hyperactivité fait qu'il se met en marche spontanément, alors que les zones du danger n'ont rien perçu de dangereux. C'est mécanique et non intellectuel.

Pourquoi le pré frontal agit-il ainsi ? Est-il détérioré comme chez le monsieur ayant pris une barre en métal dans la tête ? En fait, non, c'est plutôt que le pré frontal fonctionne trop vite car rien ne l'empêche de tourner dans le vide. C'est-à-dire que chez vous, il manque le frein.

Quand on a découvert les premiers antidépresseurs, on s'est rendu compte que les gens qui avaient des TOC allaient mieux. On s'est donc demandé quelle était l'action spécifique de ces médicaments sur le cerveau. On sait qu'ils augmentent la sérotonine qui est un neuromédiateur, c'est-à-dire une petite substance qui permet aux neurones de communiquer entre eux.

Quand il n'y a pas assez de sérotonine, l'information « se perd » entre deux neurones, car le message n'a pas été propulsé avec assez de force. Quand on manque de sérotonine, le pré frontal devient hyperactif et provoque un besoin chimique, biologique, mécanique de contrôle, c'est-à-dire qu'il sent le besoin de contrôler, vérifier..., alors qu'il ne se passe rien. Il agit ainsi car il est mal régulé, et non car il y a un danger particulier.

Finalement, les rituels servent à « vidanger » l'hyperactivité du pré frontal, tout comme un enfant hyper actif tape du pied par terre ou se ronge les ongles car cela calme son trop-plein d'énergie. Et tout comme vous faîtes un jogging quand vous avez de l'énergie à revendre. Les TOC, c'est clairement le jogging d'un cerveau excité qui ne tient pas en place.

Les *rituels* n'ont donc pas comme finalité d'empêcher une catastrophe ou de rassurer, mais simplement de vidanger de l'excitation.

Comme votre cerveau est une pile électrique, il attrape une pensée au hasard et la fait tourner comme un objet pris dans une tornade, et il vous la catapulte sans cesse à l'esprit. C'est ce qu'on appelle *l'obsession*. Il agit ainsi car il est excité et non car la pensée est grave et mérite d'être analysée.

Comme il est excité, il stimule par effet domino la zone de l'anxiété. C'est parce qu'il est excité que vous ressentez de *l'anxiété*, et non car la pensée ou la situation est dangereuse.

Le *doute*, lui, c'est le bug du cerveau : d'un côté le cerveau sait que la pensée ne tient pas la route, puisqu'il n'a pas d'argument pour dire qu'elle tient la route, mais de l'autre côté il est excité et ressent le besoin chimique de contrôler. Donc il fait un compromis qui est le doute : il dit « et si ? qui me dit que ? on ne sait jamais ? il se pourrait », il utilise donc une probabilité, une supposition pour esquiver l'absence de vrais arguments. Et comme l'anxiété est très désagréable, que vous sentez une force en vous qui veut ritualiser (la « contrainte » que décrivent beaucoup de patients), et que l'obsession est matraquée sans cesse, vous acceptez le doute comme une preuve de danger et avez l'impression que le TOC a quand même raison quelque part. C'est là où il faut bien garder à l'esprit qu'une supposition n'est pas un argument et que le cerveau vous catapulte cette supposition car il est excité, et non car la supposition a de la valeur et tient la route. Voila pourquoi vous reconnaissez votre maladie comme absurde mais doutez sans cesse et croyez quand même un peu à vos obsessions, à cause de ces fameuses probabilités non prouvées qui semblent tomber du ciel et ne servir que les intérêts du TOC.

Prenons un parallèle : quand vous buvez de l'alcool, vous avez chaud, vous faites plus de blagues, vous avez l'impression que les distances ne sont plus les mêmes (et vos gestes sont moins précis) et vous avez mal à la tête. Ce n'est pas parce que vous avez chaud que vos gestes sont moins précis, ni parce que vous avez mal à la tête que vous faites plus de blagues. Vous avez différents symptômes qui sont tous dus à l'effet de l'alcool sur le cerveau. Et

vous le savez que c'est dû à l'alcool. Dans le TOC, ces manifestations qu'on appelle les obsessions, le doute, l'anxiété et le besoin de ritualiser sont les effets de la sérotonine sur le pré frontal. C'est la sérotonine qui les provoque. Il faut donc constamment revenir à la sérotonine comme fondement de votre maladie et rayer de votre esprit cette erreur qui consiste à croire que l'obsession ou le doute provoquent l'anxiété, et que du coup c'est pour cela que l'on fait des rituels. Les symptômes ne se précipitent pas les uns les autres, mais sont concomitants. Le cerveau s'emballe, provoque des choses qu'il ne devrait pas provoquer et veut se vidanger. Et il faut bien garder cela à l'esprit pour la suite.

Tout cela explique pourquoi vous avez développé des TOC. Maintenant, comment se fait-il qu'une fois que le cerveau s'est vidangé dans des rituels, cela continue et s'aggrave ?

En fait, il y a une autre zone cérébrale qui est des noyaux situés au cœur du cerveau : leur travail est d'automatiser vos comportements à force de répétitions, que cela soit jouer du piano, conduire une voiture, faire du vélo, prendre le même chemin pour aller au travail ou tout simplement avoir appris, enfant, à faire vos lacets. Ce sont des « routines comportementales automatisées ». Tout ce que vous faites, et la situation dans laquelle vous agissez, est enregistré. Et la prochaine fois que vous êtes dans la même situation, le comportement est enclenché immédiatement. Ces noyaux sont en lien avec le pré frontal et lui envoient des informations qui ont un impact sur son hyperactivité. Et à force de mois et d'années comme cela, tout devient automatisé, plus fort, plus immédiat. Le pré frontal a encore plus d'énergie et peut donc construire des TOC plus complexes et plus forts.

Le but de la thérapie, c'est d'agir sur ces routines comportementales que sont les rituels, pour, en bout de course, diminuer l'excitation du pré frontal, et revenir à une activité cérébrale normale. Voilà pourquoi il faut la plupart du temps des médicaments pour calmer l'excitation du pré frontal, et une thérapie pour modifier les habitudes automatisées.

Quand on arrête les médicaments plusieurs mois après la fin de la thérapie, on a tellement consolidé les nouveaux acquis que les dysfonctions observées à l'origine n'y sont plus. Les TOC ne sont donc pas une pathologie irréversible.

Donc puisque le TOC est neurologique, que vos obsessions sont des pensées banales passées dans un tourbillon, que le doute n'est pas un mécanisme de détection du danger mais un bug, et que votre anxiété est produite par effet domino par le cerveau à cause de son hyperactivité, on va voir si vous arrivez à mieux considérer vos TOC quand ils se manifestent, c'est-à-dire les banaliser et ne les voir que comme une mauvaise tendinite dont vous ne vous étonnez plus.

Annexe 4 : Fiche explicative de l'origine biologique du doute à travers un jeu de rôle, d'après Anne-Hélène CLAIR, et al., Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs : nouvelles approches. 2013, p 134 -137.

FICHE : LE DOUTE N'EST PAS CONSTRUIT SUR DES ARGUMENTS, C'EST UN PHÉNOMÈNE NEUROBIOLOGIQUE

Thérapeute : Je vais jouer le rôle de votre TOC. Vous êtes une femme mais je vais partir du principe que vous êtes un homme et vous allez voir comment fonctionne votre cerveau. Allez-y, prouvez-moi que vous êtes une femme.

Patiente : Eh bien, comme vous le voyez, j'ai des cheveux longs.

Thérapeute : Cet argument n'est pas recevable, qui me dit que vous n'êtes pas un homme aux cheveux longs ?

Patiente : Vous voyez bien que j'ai un visage et des formes de femme, notamment mes seins ?

Thérapeute : Qui me dit que vous n'avez pas été opéré ? Vous ne pouvez pas me prouver que vous n'avez pas été opéré. Cela se fait facilement au Brésil.

Patiente : Alors je peux vous montrer ma carte d'identité.

Thérapeute : Qui me dit que vous ne l'avez pas trafiquée avec un logiciel sur ordinateur...

Patiente : Je peux faire venir mes parents dans votre bureau et leur demander d'attester que je suis leur fille.

Thérapeute : Qui me dit que ce ne sont pas des gens que vous avez payés pour mentir ? En fait, désolé, mais vous n'arriverez pas à me prouver que j'ai tort, tout simplement parce que ma technique est d'envoyer d'un revers de la main tous les arguments que vous m'apporterez. Vous pouvez vous fatiguer pendant des heures à m'apporter des arguments qui prouvent que vous êtes une femme, moi je suis votre TOC et je passerai des heures à dire « qui me dit que ». Et le « qui me dit que » est facile car il n'a pas d'argument à avancer pour contrebalancer les vôtres. Avez-vous remarqué que je n'ai toujours pas apporté d'arguments en sens contraire ?

Patiente : Comment cela ?

Thérapeute : Eh bien vous ne m'avez toujours pas demandé sur quoi je me fondais pour dire que vous êtes potentiellement un homme...

Patiente : Qu'est-ce qui vous fait dire que je suis un homme ?

Thérapeute : Rien, c'est du pur doute. Je doute donc je pars du principe que j'ai raison de douter. Je ne vais pas m'embêter à trouver un argument. Pourtant, dans la vraie vie, vous savez comme moi qu'un problème ne vient pas comme cela subitement dans votre tête comme tombé du ciel, il vient généralement de votre environnement. Un chien vous aboie dessus, donc vous avez peur qu'il vous morde. Le téléphone sonne donc vous le décrochez. Vous saignez donc vous en déduisez que vous vous êtes coupée. Mais là, dans votre TOC, avez-vous déjà eu une seule obsession ou un seul doute, qui partait d'un vrai constat, d'un vrai argument ?

Patiente : Non, aucun. En 20 ans de TOC, toutes mes pensées partaient toujours d'une supposition tombée du ciel comme vous dites. J'y pense subitement, et je me dis que si j'y pense c'est que ça doit être vrai quelque part. Et comme mon TOC me bombarde de pensées, me presse avec l'anxiété, et me dit que cela serait catastrophique si je ne trouve pas de solution immédiate, je n'ai jamais vraiment pris le temps de lui demander sur quoi il se basait et si cela tenait la route.

Thérapeute : Eh bien c'est votre mission à partir d'aujourd'hui : ne plus rien accepter de votre TOC qui ne soit pas un argument. Et vous verrez qu'il est incapable de vous fournir autre chose que des suppositions. N'oubliez jamais qu'un TOC est une excitation neurologique du cerveau complètement indépendante de votre environnement, c'est une tentative de se vidanger, et non pas la réponse à un problème réel. Quand vous vous tapez sur le doigt avec un marteau, vous ne doutez pas que vous avez mal, c'est une évidence. **Vos TOC ne sont pas fondés sur des évidences et des perceptions, mais sur des suppositions. Et votre cerveau utilise toujours les suppositions qui l'intéressent pour justifier ses rituels. Il y a un parti pris total dans le choix des obsessions que vous catapulte votre cerveau.**

Annexe 5 : Fiche explicative destinée à apprendre à repérer le doute dans le TOC, d'après Anne-Hélène CLAIR, et al., Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs : nouvelles approches. 2013, p 137.

FICHE : APPRENDRE À REPÉRER LE DOUTE DANS MES OBSESSIONS ET SCÉNARIOS

Discours du cerveau devant un danger réel (perception)	**Discours du cerveau dans le TOC (supposition)**
Discours lucide	Discours flou
Certitude	**Incertitude (« peut-être »), hypothèses**
Basé sur un constat palpable	Basé sur une interprétation ou supposition
Évidence qui ne demande aucune vérification	Besoin de tirer cela au clair
Constats déjà vécus ou connus	Conclusions sans preuves, déduction
Dû à un problème actuel	Anticipation anxieuse d'un danger futur
Cause entraîne conséquence	De la conséquence j'infère la cause
Peu de ruminations	Beaucoup de ruminations
Peur rapide	Angoisse longue
Les pompiers m'appellent pour me dire que mon fils a eu un accident et que je dois venir à l'hôpital.	*Mon fils est en retard, donc il a dû avoir un accident. Je dois appeler tous les hôpitaux pour savoir où il est.*

Annexe 6 : Fiche explicative destinées aux patients chez qui le doute que leur obsession puisse se réaliser reste invalidant, d'après Anne-Hélène CLAIR, et al., Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs : nouvelles approches. 2013, p 143-145.

FICHE : ARGUMENTATION FACE À UNE TROP FORTE ADHÉSION À LA PROBABILITÉ

- ***La non-application de la logique à tout le monde, l'absence de cette logique chez les personnes non malades*** : « Si la probabilité est intrinsèquement vraie, elle est vraie pour tout le monde sur cette terre, mais il faut admettre qu'elle n'a l'air de déranger personne. Si votre probabilité peut toucher tout le monde, pourquoi personne n'y pense au quotidien ? Pourquoi personne ne semble bloqué depuis 20 ans comme vous l'êtes à sa simple évocation ? Vous avez déjà constaté mille fois que vos amis, votre famille et vos collègues vous regardent interloqués quand vous leur exposez vos théories. Ils n'ont pas l'air de se sentir concernés par ce que vous dites. Pourquoi ce constat ? Ils ne peuvent pourtant pas apporter de preuve que cela ne leur arrivera pas. Tout simplement car ils s'en moquent. Ils acceptent l'incertitude. Et les gens qui n'ont pas de TOC ont cette capacité à accepter ce qu'ils ne maîtrisent pas. Vous, vous ne tolérez pas la perte de maîtrise car votre cerveau est drogué au contrôle et instrumentalise de faux débats. »
- ***La non-application de la logique à d'autres probabilités, la distinction logique/fixation mentale*** : « Si vous demandiez à des gens dans la rue : "Madame, vous êtes en train de marcher dans la rue, mais avez-vous la certitude que vous n'aurez pas une rupture d'anévrisme demain ?", elle vous répondra : "euh, oui, non, je ne sais pas, je ne me suis pas posé la question. Pourquoi cette question ?". Vous lui répondrez "eh bien comment pouvez-vous vivre avec un risque non maîtrisé qui plane au-dessus de votre tête ?". Et elle vous répondra : "Non seulement je n'y pense pas comme je vous le disais, mais en plus il n'y a pas que la rupture d'anévrisme. Il y a aussi me faire écraser par un chauffeur qui a glissé sur une flaque d'huile, être agressée et séquestrée par un fou dangereux, me prendre un balcon vétuste sur la tête, avoir un arrêt cardiaque, développer un cancer, être poignardée par quelqu'un qui m'a confondu avec une autre". Et là, je vous pose la question : dans tous ces exemples que la dame a cités, avez-vous aussi écarté tout risque en vous levant ce matin ou il y a certains des exemples de cette femme auxquels vous n'aviez même pas pensé ? On est d'accord, vous admettez ne pas y avoir pensé. Et ils vous inquiètent ? Non ? Pourquoi ? Parce que vous n'y pensez pas. Il faudra alors m'expliquer pourquoi un scénario auquel vous pensez à cause de sa probabilité de survenir a plus de force et est plus légitime qu'un scénario auquel vous ne pensez jamais alors qu'il est tout aussi probable voire même plus. Vous risquez bien plus un

cancer du sein, avec 52 000 femmes touchées en 2010, qu'une rupture d'anévrisme, mais bizarrement le cancer du sein vous ne le ruminez pas du tout. Pourquoi vous ne le ruminez pas alors qu'il est statistiquement plus répandu ? En fait, **c'est là où vous devez comprendre que vous confondez la probabilité intrinsèque d'un scénario et la fixation mentale que fait votre cerveau sur une idée plutôt qu'une autre**. Il y a clairement un parti pris du cerveau dans cette fixation plutôt qu'une autre, mais aussi un parti pris dans le fait qu'il estime que c'est plus dangereux qu'inoffensif sans être capable d'expliquer en quoi. **La fixation est biologique et elle est arbitraire.** Ou alors, soyez honnête intellectuellement et développez-moi des TOC sur toutes les probabilités qu'a évoquées cette dame. Et vous verrez que même en vous forçant, vous ne développerez pas d'obsession sur ce qu'a dit cette dame. Car la fixation mentale dont vous souffrez n'est pas due à la probabilité intrinsèque que vous m'avancez. Ce n'est pas la probabilité qui crée la fixation. La preuve, vous vous rendez compte que vous vous moquez de plein de probabilités au quotidien. C'est la fixation mentale qui pose problème, à cause du cerveau qui a suffisamment d'énergie pour vous passer le disque en boucle. La probabilité, elle, c'est un alibi pour esquiver et masquer l'arnaque de la fixation mentale. Et je vous encourage à réfléchir à cela et le tester au quotidien pour bien comprendre ce rôle pervers de la fixation mentale. »

Pour ce type de patients, il est souvent pertinent de leur donner quelques grandes lignes écrites sur papier, à relire à chaque fois qu'une obsession tenace survient.

Quand j'ai une crise de TOC, je ne dois pas oublier :

1. Si tout peut arriver et qu'on n'a pas la preuve avec certitude que cela n'arrivera pas, alors cela concerne tout le monde.
2. Si cela concerne tout le monde, pourquoi cela n'interpelle et ne fait ruminer que moi ?
3. Comment fonctionnent les gens sains alors qu'ils sont eux aussi concernés par le fait que *tout peut arriver* ?

   - Le cerveau des gens sains est inapte à penser comme le mien : le cerveau sain ne peut pas fonctionner dans l'absolu car il a une bonne régulation chimique, il se contente de traiter ce qui est devant lui, ce qui est perceptif, objectif, prouvé.
   - Mon cerveau TOC est excité, il a donc une énergie phénoménale dont il ne sait pas quoi faire. L'absolu, le *tout peut arriver*, devient un bon alibi pour mon cerveau pour utiliser cette énergie. Couplé à de l'anxiété, ce trop-plein d'énergie devient une force qui alimente le doute et me donne l'impression que je n'ai pas tort. C'est un thermostat dans mon cerveau qui est mal réglé et me fait croire que j'ai plus raison de m'inquiéter que de m'en moquer.
   - Ce parti pris, sans preuve, que les choses peuvent bien plus arriver que ne pas arriver, alors que les gens ne souffrant pas de TOC ne se posent pas de question, est consécutif de ce souci de thermostat. Le parti pris est chimique et non logique, ou mathématique ou rationnel.

Annexe 7 : Métaphore explicative de la technique de la contamination totale, d'après Anne-Hélène CLAIR, et al., Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs : nouvelles approches. p147.

FICHE : LA PETITE HISTOIRE DE LA BERGERIE

« Vous souffrez de TOC, c'est-à-dire que vous mettez une énergie folle à laver tout ce qui vous paraît sale et à éviter tout ce qui est sale, de peur de vous contaminer et contaminer votre maison. En fait, vous êtes comme un berger qui élève 300 moutons, et qui a tellement peur que les loups s'introduisent la nuit dans la bergerie et mangent les moutons, que vous passez vos nuits entières à faire des tours de surveillance, fusil à la main, pour tuer tout loup qui s'approcherait.

Le problème, c'est que depuis 20 ans que vous faites vos tours de garde, vous avez des cernes jusqu'aux genoux, vous êtes devenu insomniaque et votre vie est un calvaire. Depuis 20 ans que vous luttez contre le sale pour protéger le propre, vous êtes obligé de consulter en psychiatrie.

Moi je ne vois pas 50 solutions : soit vous persévérez à faire la chasse aux loups, ce qui n'a pas l'air de fonctionner depuis 20 ans car les loups se reproduisent dans la montagne, soit vous vous débarrassez de vos moutons. S'il n'y a plus aucun mouton dans la bergerie, on se moque totalement que les loups viennent. Ils peuvent venir et même s'installer dans la bergerie, il n'y a plus aucun mouton à manger. Donc vous n'avez plus besoin de votre fusil et vous pouvez aller dormir sur vos deux oreilles. Si le propre a disparu de votre maison, le sale n'est plus une menace. De toute façon, si le sale était une menace, tout le monde aurait des TOC, ce qui n'est pas le cas.

N'oubliez pas que vous avez un TOC, c'est-à-dire une pathologie du contrôle. Votre cerveau se moque du sale, ce qu'il veut, lui, c'est contrôler à tout prix et la démarcation propre/sale est très pratique pour lui. Arbitraire, absurde, mais très pratique. »

Annexe 8 : Métaphore explicative de la technique du décalage, d'après Anne-Hélène CLAIR, et al., Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs : nouvelles approches, p 150.

FICHE : LA PETITE HISTOIRE DE LA MADAME COLÈRE

« Madame Colère est une femme connue dans toute la ville car elle se met constamment et très facilement en colère. Un train en retard, une personne qui ne lui tient pas la porte, et ça explose. Et puis un jour, le mari de Madame Colère, qui s'appelle Monsieur Serein, lui paie pour leur anniversaire de mariage une séance chez Monsieur Hum Hum qui est psychologue. Et quelques jours après, Madame Colère va très bien. Tout le monde est surpris de voir que Madame Colère est souriante et ne crie plus. Elle qu'on surnommait aussi Madame Tomate Toute Rouge, tellement elle est énervée, semble être devenue zen. Même son mari est étonné et lui demande un soir à table ce que Monsieur Hum Hum, le psychologue, lui a dit. Elle lui explique le contenu de leur séance :

"Il m'a dit que j'avais le droit de me mettre en colère, aussi fort que je le voulais, et autant de fois que je le voulais par jour, si j'acceptais en contrepartie de ne crier que 10 minutes après avoir vu la chose qui me met en colère. Pendant des années, j'essayais de ne PAS me mettre en colère, et cela bouillonnait encore plus car j'avais l'impression que les émotions ne sortaient pas et qu'en plus j'étais une dégonflée de ne rien dire. Et là, comme j'ai le droit mais que j'attends un peu, je me rends compte que les émotions retombent toutes seules et qu'au bout d'un moment cela ne mérite même plus que je dise que je suis mécontente. C'est comme si, finalement, tout était anecdotique. Comme quoi, mêmes les ressentis les plus violents peuvent être de courte durée..."

Du coup, Monsieur Serein a décidé d'envoyer chez Monsieur Hum Hum sa belle-mère Madame Memêledetout... »

Annexe 9 : Métaphore explicative de la technique de la provocation et du sabotage, d'après Anne-Hélène CLAIR, et al., Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs : nouvelles approches, p 153.

FICHE : LA PETITE HISTOIRE DE LA NAPPE

« Imaginons que vous soyez avec des amis et que vous décidiez tous d'aller pique niquer. Pourtant la météo annonce des vents violents toute la journée. Vous embarquez votre petit panier avec vos sandwiches et votre nappe. Vous arrivez dans le parc et vous décidez à sortir votre nappe pour la mettre bien consciencieusement sur le gazon.

Le vent l'emporte. Vous la remettez avec des cailloux sur les coins. Le vent est tellement puissant que les cailloux n'empêchent pas la nappe de s'envoler.

Après 10 tentatives, le vent reste plus fort que vos efforts. Vous décidez donc de ranger la nappe dans le panier et de manger directement assis sur l'herbe.

Si un passant vous demande pourquoi vous mangez sur l'herbe sans nappe, vous lui répondrez "à quoi bon lutter des heures contre un vent aussi violent ?". En effet : à quoi bon mettre une énergie colossale pour faire une chose parfaitement si quelque chose ou quelqu'un casse instantanément tout ce que vous venez à peine de faire ? À quoi bon lutter contre des saboteurs ? »

Annexe 10 : Métaphore explicative de la technique du laisser-couler et de la nomination, d'après Anne-Hélène CLAIR, et al., Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs : nouvelles approches, p 155.

FICHE : LA PETITE HISTOIRE DU VOISIN

« Imaginez que vous habitiez depuis 10 ans à côté d'un voisin qui passe la tondeuse à gazon le dimanche. Vous ne supportez pas le bruit et vous cherchez mille solutions pour calfeutrer votre maison. Vous doublez les rideaux, achetez du triple vitrage, vous mettez des boules en cire dans vos oreilles, et rien n'y fait : vous entendez toujours la tondeuse à gazon du voisin. Pourtant, votre femme, elle, n'y fait même plus attention. Elle vous dit souvent qu'elle ne trouve pas cela plus bruyant que la moto de votre fils et que vos matchs de foot avec vos amis le soir.

Soit vous continuez à trouver cela inacceptable et vous vous épuisez à chercher des solutions, soit vous considérez que c'est un bruit absolument normal et inévitable dans notre société actuelle, autant que la circulation des voitures juste devant votre jardin, ou la moto de votre fils qui n'a pas l'air de vous déranger.

Dans le premier cas, vous êtes dans la lutte, c'est-à-dire que vous vous refusez à accepter la situation telle qu'elle est. C'est parce que vous la considérez comme inacceptable qu'elle prend une telle envergure à vos yeux, et vous la renforcez en luttant contre. Dans le second cas, vous êtes dans l'acceptation, et vous aurez tôt fait de ne même plus y prêter attention car elle entre dans le cadre des choses normales.

Apprenez à considérer vos obsessions comme du bruit dans la tête, exactement comme les voitures qui passent constamment sous votre fenêtre depuis avant même votre naissance. Être mécontent d'avoir des obsessions n'empêche pas les obsessions de se manifester. Considérez-les comme normales compte tenu de votre diagnostic, et elles diminueront du simple fait qu'elles ne sont pas renforcées. »

Bibliographie

Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1997, 65, 44-52.

Adam Y. et al. Obsessive-compulsive disorder in the community : 12 month prevalence, comorbidity and impairment. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2011. 47, 339–349.

Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Argumentaire. Octobre 2006. 110 p.

Albert U, et al. Venlafaxine versus clomipramine in the treatment of obsessive compulsive disorder: a preliminary single-blind, 12-week, controlled study. Journal of Clinical Psychiatry 2002, 63: 1004-9.

Albin R.L., et al. The functional anatomy of basal ganglia disorders. Trends in Neurosciences, 1989, 12, 366-375.

Alptekin K., et al. Tc-99m HMPAO brain perfusion SPECT in drug-free obsessive-compulsive patients without depression. Psychiatry research, 2001, 107, 51-56.

American Psychiatric Association. DSM-5®. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5ème édition. Paris, Elsevier Masson, 2015, 1114 p.

Arntz A. et al. Responsibility and obsessive–compulsive disorder: An experimental test. Behaviour Research and Therapy, 2007, 45, 425-435.

Attiullah N. et al. Clinical Features of obsessive compulsive disorder. The psychiatric clinics of North America. 2000. Volume 23, number 3.

Bandelow B. et al. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Pharmacological Treatment of Anxiety, Obsessive-Compulsive and Post-Traumatic Stress Disorders. First Revision. The World Journal of Biological Psychiatry, 2008; 9(4): 248 - 312.

Beech H.R. Ritualistic activity in obsessional patients. Journal of Psychosomatic Research, 1971, 15, 417–422.

Berlim M.T.,et al. Repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for obsessive-compulsive disorder (OCD): An exploratory meta-analysis of randomized and sham controlled trials. Journal of Psychiatric Research, 2013, 47, 999-1006.

Bouvard M. Les troubles obsessionnels compulsifs : principes, thérapie, applications. 2ème édition. Paris, Masson, 2006. 260 p.

Christian C.J. et al. Gray matter structural alterations in obsessive–compulsive disorder: Relationship to neuropsychological functions. Psychiatry Research: Neuroimaging, 2008, 164, 123–131.

Clair Anne-Hélène, Trybou Vincent, Hantouche Elie, Mallet Luc, Morgiève Margot. Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs : nouvelles approches. Paris, Dunod, 2013, 380p.

Clair A. et al. Excessive checking for non-anxiogenic stimuli in obsessive-compulsive disorder. European Psychiatry, 2013, 28, 507-513.

Cottraux Jean. Les ennemis intérieurs : obsessions et compulsions. Paris, Odile Jacob poches, 2005, 267 p.

Cottraux Jean. Les thérapies cognitives : comment agir sur nos pensées et nos émotions ? Paris : éditions Retz, 2012, 283 p.

Cottraux Jean. Trouble obsessionnel compulsif. EMC-Psychiatrie 1, 2004, 52–74.

Cottraux J., et al. A randomised controlled trial of cognitive therapy versus intensive behaviour therapy in obsessive compulsive disorder. Psychotherapy and psychosomatics, 2001,7, 288-297.

Cottraux J, Mollard E, Bouvard M, Marks I. Exposure therapy, fluvoxamine, or combination treatment in obsessive-compulsive disorder: one-year followup. Psychiatry Research 1993, 49, 63-75.

Degonda M., et al. The Zurich Study. XVIII. Obsessive-compulsive disorders and syndromes in the general population. European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 1993, 243, 16–22.

Delorme R., Golmard JI, Chabane N. et al. Admixture analysis of age at onset in obsessive-compulsive disorder. Pub Med 2005, 35(2), 237-43.

Denys D., et al. A double blind comparison of venlafaxine and paroxetine in obsessive compulsive disorder. Journal of Clinical Psychopharmacology, 2003, 23, 568-75.

Denys D., et al. Symptom dimensions in obsessive compulsive disorder : factor analysis on a clinician-rated scale and a self-report measure. Psychopathology, 2004. 37, 181- 189.

De Veaugh-Geiss J., et al. Preliminary results from a multicenter trial of clomipramine in obsessive-compulsive disorder. Psychopharmacology Bulletin, 1989, 25, 36-40.

Doumy O., Aouizerate B. Spectre du trouble-obsessionnel-compulsif revisité à travers un bipôle impulsion-compulsion. La Presse Médicale, 2014, tome 43, n°2.

Ducasse Deborah, Fond Guillaume. Troubles obsessionnels compulsifs résistants et antipsychotiques : données neurobiologiques et thérapeutiques actuelles. Annales Médico-Psychologiques, 2013, 171, 725–732.

Endrass T. et al. Overactive performance monitoring in obsessive-compulsive disorder : ERP evidence from correct and erroneous reactions. Neuropsychologia 2008, 46, 1877-1887.

Etain B, Bonnet-Perrin E. Intérêt de la fluoxétine dans les troubles obsessionnels et compulsifs de l'adulte : revue de la littérature. Encéphale 2001, 27, 280-9.

Expert Consensus Treatment. Guidelines for obsessive-compulsive disorder : a guide for patients and families. Journal of Clinical Psychiatry, 1997, 58, 55-72.

Foa E.B., et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry 2005, 162, 151-61.

Fineberg N.A et al. Obsessive-compulsive disorder (OCD): Practical strategies for pharmacological and somatic treatment in adults. Psychiatry Research. 2015, 227, 114–125.

Fontaine Ovide et Fontaine Philippe. Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive. Paris, éditions Retz, 2011, 672 p.

Fisher P.L., Wells A. How effective are cognitive and behavioural treatments for obsessive compulsive disorder ? A clinical significance analysis. Behaviour Research and Therapy, 2005, 43, 1543-1558.

Fitzgerald K.D., et al. Error-related hyperactivity of the anterior cingulate cortex in obsessive-compulsive disorder. Biological Psychiatry, 2005, 57, 287–294.

Gilbert A.R. Brain Structure and symptom dimension relationships in obsessive-compulsive disorder : a voxel based morphometry study. Journal of Affective Disorder, 2008, 109, 117–126.

Goodman W.K. et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. Archive General Psychiatry, 1989, 46, 1006–1011.

Graybiel A.M., Rauch S.L. Toward a neurobiology of obsessive-compulsive disorder. Neuron, 2000, 28, 343-347.

Greist JH, Jefferson JW. Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. British Journal of Psychiatry (Suppl) 1998, 64-70.

Grundler T.O. et al. Task-related dissociation in ERN amplitude as a function in obsessie-compulsive symptoms. Neuropsychologia, 2009, 47, 1978-1987.

Gu B.M., et al. Neural correlates of cognitive inflexibility during task-switching in obsessive-compulsive disorder. Brain, 2008, 131, 155-164.

Guelfi J-D et Rouillon F. Manuel de psychiatrie. 2ème édition. Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, 2012, 859 p.

Hajcak G., et al. Increased error-related brain activity in pediatric obsessive-compulsive disorder before and after treatment. American Journal of Psychiatry, 2008, 165, 116- 123.

Harkness E.L. et al. No evidence of attentional bias in obsessive compulsive checking on the dot probe paradigm. Behaviour Research Therapy, 2009, 47, 437-443.

Haute Autorité de Santé (HAS). Affection psychiatrique de longue durée. Troubles anxieux graves. Guide affection de longue durée. Juin 2007. 36p.

Haute Autorité de Santé (HAS). Troubles obsessionnels compulsifs résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle. Service évaluation des actes professionnels, Mai 2005. 6p.

Hermans D. et al. Cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder : distrusting perception, attention and memory. Behaviour Research Therapy, 2008, 46, 98-113.

Hodgson R.J. et Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. Behaviour Research and Therapy. 1977, 15, 389-395.

Hollander E, et al. A double-blind, placebo-controlled study of the efficacy and safety of controlled-release fluvoxamine in patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychiatry 2003, 64, 640-7.

Hollander E, et al. Acute and long-term treatment and prevention of relapse of obsessive-compulsive disorder with paroxetine. J Clin Psychiatry 2003, 64, 1113-21.

Jaafari N. Safety and effi cacy of repetitive transcranial magnetic stimulation in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A review. The World Journal of Biological Psychiatry, 2011, Early Online, 1–14.

Kobak KA, et al. Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: a meta-analysis. Psychopharmacology (Berl) 1998, 136, 205-16.

Koran LM, et al. Efficacy of sertraline in the long-term treatment of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 2002, 159, 88-95.

Lacerda A.L. et al. Elevated thalamic and prefrontal regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder: a SPECT study. Psychiatry Research, 2003, 123, 125-134.

Ladouceur R. et al. Le trouble obsessionnel compulsive. Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale. Paris, Masson, 1999. 213 p.

Leckman J.F. et al. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 1997, 154, 911–917.

Lopez-Ibor JJ, et al. Doubleblind comparison of fluoxetine versus clomipramine in the treatment of obsessive compulsive disorder. European Neuropsychopharmacology, 1996, 6, 111-8.

Lucey J.V. et al. Regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disordered patients at rest. Differential correlates with obsessive-compulsive and anxious-avoidand dimensions. British Journal of Psychiatry, 1995, 167, 629-634.

Lydiard RB, et al. Recent developments in the psychopharmacology of anxiety disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1996, 64, 660-8.

MacDonald P.A. et al. Memory and confidence in memory judgements among individuals with obsessive compulsive disorder and non-clinical controls. Behaviour Resarch Therapy, 1997, 35, 497 – 505.

Mallet L. et al. Subthalamic Nucleus Stimulation in Severe Obsessive-Compulsive Disorder. The New England Journal of Medecine, 2008, 359, 2121-34.

Marks et al. Clomipramine, self-exposure, and therapist aided exposure for obsessive compulsive rituals. British Journal of Psychiatry, 1988, 152, 522-534.

Mataix-Cols D. et al. Use of factor-analyzed symptom dimensions to predict outcome with serotonin reuptake inhibitors and placebo in the treatment of obsessive compulsive disorder. American Journal of Psychiatry, 1999, 156, 1409 – 1416.

Mataix-Cols D. Deconstructing obsessive-compulsive disorder: a multidimensional perspective. Current Opinion in Psychiatry, 2006, 19, 84 – 89.

Mataix-Cols D. et al. Distinct neural correlates of washing, checking, and hoarding symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder. Archives General Psychiatry, 2004, 61, 564-576.

Millet B, et al. Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder : influence of âge of onset. Journal of Affective Disorder, 2004, 79 (1-3) , 241–6.

Montgomery SA, et al. Citalopram 20 mg, 40 mg and 60 mg are all effective and well tolerated compared with placebo in obsessive-compulsive disorder. International Clinical Psychopharmacology 2001, 16, 75-86.

Moritz S. et al. Words may not be enough. No increased emotional Stroop effect in obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research Therapy, 2008, 46, 1101 – 1104.

Mowrer O.H. Learning Theory and behavior. Wiley, New York, 1960. 555 p.

Mundo E, et al. Fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: similar efficacy but superior tolerability in comparison with clomipramine. Human Psychopharmacology, 2001, 16, 461-468.

Nakao T., et al. Brain activation of patients with obsessive-compulsive disorder during neuropsychological and symptom provocation tasks before and after symptom improvement : a functional magnetic resonance imaging study. Biological psychiatry 2005, 57, 901-910.

Nakao T., et al. Working memory dysfunction in obsessive–compulsive disorder:
A neuropsychological and functional MRI study. Journal of Psychiatric Research, 2009, 43, 784-791.

Nambu A. et al. Functional significance of the cortico-subthalamo-pallidal “hyperdirect” pathway. Neurosciences Research, 2002, 43, 111-117.

Nathan P.E., Gorman J.M. A guide to treatments that work. Oxford University Press, new York, 1998. 758p.

National Institute for Clinical Excellence. National Collaborating Centre for Primary Care. Obsessive-compulsive disorder: core interventions in the treatment of obsessive-compulsive disorder and body dysmorphic disorder. London: National Institute for Clinical Excellence november 2005.

Nedeljkovic M. et al. Differences in neuropsychological performance between subtypes of obsessive-compulsive disorder. Australian and New-Zealand Journal of Psychiatry, 2009. 43, 216-226.

O’Connor K., et al. Cognitive Behaviour Therapy and medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder : a controlled study. Canadian Journal of psychiatry, 44, 1999, 64-71.

Okasha A. Diagnosis of Obsessive Compulsive Disorder : a review. New-York, 2002, second edition.

Omori I.M., et al. The differential impact of executive attention dysfunction on episodic memory in obsessive-compulsive disorder patients with checking symptoms vs. those with washing symptoms. Journal of Psychiatric Research, 2007, 41, 776- 784.

Otha M. et al. Features of obsessive-compulsive disorder in patients primarily diagnosed with schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2003, 57, 67 – 74.

Overbeek T. et al. Comorbidity of obsessive-compulsive disorder and depression: prevalence, symptom severity, and treatment effect. Journal of Clinical Psychiatry 2002, 63, 1106-12.

Pallanti S, Quercioli L. Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder : Methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. Progress In Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2006, 30, 400–412.

Perugi G, et al. Obsessive-compulsive-bipolar comorbidity: a systematic exploration of clinical features and treatment outcome. Journal of Clinical Psychiatry 2002, 63, 1129-34.

Penades R., et al. Impaired response inhibition in obsessive compulsive disorder. European Psychiatry, 2007, 22, 404-410.

Pitman R. K. A cybernetic model of obsessive compulsive psychopathology. Comprehensive Psychiatry, 1987, 28, 334 – 343.

Rachman S. A cognitive theory of compulsive checking. Behaviour Research Therapy, 2002. 40, 625- 639.

Robertson M.M. Trimble M.R., The psychopathology of the Gilles de la Tourette Syndrome : a phenomenological analysis. British Journal of Psychiatry, 1988. 152, 283-390.

Robins L.N., et al. Lifetime prevalence of specific disorders in three sites. Archives of General Psychiatry, 1984. 41, 949-858.

Roh K. S. et al. Persistent cognitive dysfunction in patients with obsessive-compulsive disorder : a naturalistic study. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2005, 59, 539 – 545.

Rotge J.Y., et al. Provocation of obsessive-compulsive symptoms : a quantitative voxel-based metaanalysis of functional neuroimaging studies. Journal of Psychiatry and Neurosciences, 2008, 33, 405-412.

Rufer M, et al. Long-term course and outcome of obsessive-compulsive patients after cognitive-behavioral therapy in combination with either fluvoxamine or placebo: a 7-year follow-up of a randomized double-blind trial. European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences, 2005, 255, 121-128.

Salkovskis P.M. Obsessional-compulsive problems : a cognitive-behaviour analysis. Behaviour Research Therapy, 1985. Ther 23, 571 – 583.

Salkovskis P.M. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. Behavior Research Therapy, 1999. 37, suppl 1 , S29 – 52.

Sanovio E. Obsessions and compulsions : the Padua Inventory. Behaviour Research Therapy. 1988. 26, 169 – 177.

Sauteraud Alain. Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter : mieux vivre avec un TOC. Paris, Odile Jacob, 2002, 335 p.

Sauteraud Alain. Reconnaitre et soigner le trouble obsessionnel-compulsif. Bordeaux, version du 23/03/2004 pour AFTCC 2ème année, 2004, 36 p.

Saxena S., Brody A.L., Schwartz J.M. et Baxter L.R. Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. British Journal of Psychiatry, 1998, suppl, 26-37.

Schwartz J.M. Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioural therapy response in obsessive-compulsive disorder. An evolving perspective on brain and behavior. British Journal of Psychiatry, 1998, suppl, 38-44.

Skapinakis P. et al. Antipsychotic augmentation of serotonergic antidepressants in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of the randomized controlled trials. European Neuropsychopharmacology, 2007,17, 79–93.

Skoog G. et al. A 40-year follow-up of patients with obsessive-compulsive disorder. Archives of General Psychiatry, 1999, 56, 2, 121-7.

Tolin D.F., et al. Memory and memory confidence in obsessive compulsive disorder. Behaviour Research Therapy, 2001, 39, 913 -927.

Torres A.R, Del Porto J.A. Comorbidity of obsessive compulsive disorder and personality disorders. A brasilian controlled study, Psychopathology, 1995. 28, 322-329.

Trybou V., Hantouche R., Clair A-H, Galais S., Bianco R., Hantouche E. Efficacité de la psychoéducation comme technique cognitive dans la prise en charge en TCC des TOC. Congrès de Thérapie Comportementale et Cognitive. Paris, 9 déc. 2011.

Van Den Heuvel O.A., et al. The major symptom dimensions of obsessive compulsive disorder are mediated by partially distinct neural systems. Brain, 2008. 132 (pt 4), 853 – 68.

Van Den Heuvel O.A., et al. Disorder-Specific Neuroanatomical Correlates of Attentional Bias in Obsessive-compulsive Disorder, Panic Disorder, and Hypochondriasis. Archive General Psychiatry, 2005, 62(8), 922-933.

Van Den Hout M.A. et al. Uncertainty about perception and dissociation after compulsive-like staring : time course of effects. Behaviour Research Therapy, 2009, 47, 535-539.

Van Der Wee N.J., et al. Spatial working memory deficits in obsessive compulsive disorder are associated with excessive engagement of the medial frontal cortex. Neuroimage, 2003, 20, 2271-2280.

Van Oppen P., et al. The structure of obsessive-compulsive symptoms. Behaviour Research Therapy, 1995. 33, 15-23.

Van Oppen P. et al. Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy, 33, 379-90, 1995.

Worbe Y. et al. Repetitive behaviours in patients with Gilles de la Tourette syndrome : tics, compulsions or both ? Plos One 5, el 12959.

Yoo S.Y., et al. Voxel-Based Morphometry Study of Gray Matter Abnormalities in Obsessive-Compulsive Disorder. Journal of Korean Medical SciencesS 2008, 23, 24-30.

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.