

# Comprendre et traiter les TOC



Sous la direction de  
**Anne-Hélène Clair et Vincent Trybou**

# Comprendre et traiter les TOC

Données actuelles  
et nouvelles perspectives

- Approches pluridisciplinaires • Traitements actuels •
- Nouvelles adaptations en TCC •

• 3<sup>e</sup> édition •



**DUNOD**

**Compléments en ligne à télécharger  
à l'adresse suivante :  
[www.dunod.com/EAN/9782100824991](http://www.dunod.com/EAN/9782100824991)**

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

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

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

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

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2022  
(éditions précédentes : Dunod, 2013 et 2016)  
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff  
[www.dunod.com](http://www.dunod.com)

ISBN 978-2-10-082499-1

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

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

# Sommaire

<i>LISTE DES AUTEURS</i>	IX
<i>PRÉFACE</i>	XI
<i>AVANT-PROPOS</i>	XIII

## PREMIÈRE PARTIE

### DES SYMPTÔMES AU FONCTIONNEMENT DU TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

<b>1. Clinique du TOC</b>	3
<b>2. Théories psychologiques du TOC</b>	20
<b>3. Apport de la neuropsychologie dans la compréhension du TOC</b>	30
<b>4. Des connaissances anatomo-fonctionnelles aux modèles neurobiologiques du TOC</b>	40
<b>5. Vers une relecture du fonctionnement du TOC</b>	55
<i>CONCLUSION</i>	69

## DEUXIÈME PARTIE

### TRAITEMENTS PHARMACOLOGIQUES DU TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

<b>6. Médicaments pour le TOC</b>	73
<b>7. Dans la pratique</b>	81
<b>8. Formes particulières et résistantes</b>	88

## TROISIÈME PARTIE

### THÉRAPIES NEUROCOMPORTEMENTALES DU TOC

<b>9. Pourquoi une remise en cause des modèles cognitivo-comportementaux classiques ?</b>	96
<b>10. Rappel des techniques TCC dans la prise en charge des TOC</b>	109
<b>11. Limites des techniques TCC dans les TOC</b>	122
<b>12. Un nouveau modèle explicatif des TOC : le modèle neurocomportemental</b>	127
<b>13. La thérapie neurocomportementale des TOC : présentation des techniques et processus à l'œuvre</b>	131
<b>14. Application des techniques : protocoles d'exercices par type de TOC</b>	177
<b>15. Évaluation préliminaire de l'efficacité de la psychoéducation dans le cadre d'une psychothérapie du TOC</b>	222
<b>16. Pistes pour les cas résistants en thérapie</b>	226
<b>17. Les apparentés du TOC et pathologies connexes</b>	247
<b>18. Autres modèles psychothérapeutiques dans la prise en charge du TOC</b>	268

## QUATRIÈME PARTIE

### L'INFLUENCE DES PROCHES ET DU MANQUE DE CONNAISSANCES DANS L'ÉVOLUTION DE LA PERSONNE MALADE

<b>19. Description du TOC selon les patients et leurs proches</b>	281
-------------------------------------------------------------------	-----

<b>20. Conseils aux proches</b>	289
---------------------------------	-----

CINQUIÈME PARTIE

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF RÉSISTANT ET PSYCHOCHIRURGIE

<b>21. La notion de TOC sévère et résistant</b>	303
-------------------------------------------------	-----

<b>22. La chirurgie lésionnelle</b>	308
-------------------------------------	-----

<b>23. La stimulation cérébrale profonde</b>	311
----------------------------------------------	-----

<b>24. Que faire face à un TOC sévère et résistant ?</b>	315
----------------------------------------------------------	-----

<i>ANNEXES</i>	325
----------------	-----

<b>1. Hétéro-questionnaires</b>	327
---------------------------------	-----

<b>2. Auto-questionnaires</b>	343
-------------------------------	-----

<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	349
----------------------	-----

<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	377
---------------------------	-----





# Liste des auteurs

ANNE-HÉLÈNE CLAIR est psychologue, docteure en neurosciences (Sorbonne Université), Institut du Cerveau et de la Moelle épinière (ICM) de la Pitié-Salpêtrière à Paris.

VINCENT TRYBOU est psychologue clinicien, psychothérapeute cognitivo-comportementaliste, Centre des Troubles Anxieux et de l'Humeur (CTAH) à Paris.

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

LUC MALLET est chercheur en neurosciences, Institut du Cerveau et de la Moelle épinière (ICM), Paris, professeur de psychiatrie, Hôpitaux Universitaires Henri Mondor – Albert Chenevier, Université Paris Est Créteil & Université de Genève.

MARGOT MORGIEVE est psychologue, docteur en sociologie des sciences, chercheur au Centre de Recherche Médecine, Sciences, Santé, Santé Mentale et Société (Cermes 3) à l'Université Paris Descartes, et à l'Institut du Cerveau et de la Moëlle épinière (ICM) à la Pitié-Salpêtrière (Paris).

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

*Ils remercient également les professionnels de la santé et de l'enseignement qui ont su leur faire de précieuses remarques sur les premières éditions de cet ouvrage, les orientant ainsi vers des lectures passionnantes et très instructives qui sont venues enrichir cette 3<sup>e</sup> édition.*

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

# Préface

L'ÉNERGIE ET LA PASSION sont les deux mots qui me viennent immédiatement à l'esprit face à l'expérience, au travail et à la générosité d'Anne-Hélène Clair et de Vincent Trybou pour comprendre le monde si étrange des manifestations, dans l'ordre de leur hypothèse, compulsives et obsessionnelles ; non seulement le comprendre, mais aussi soigner lorsque les personnes sont confrontées au TOC et se trouvent en souffrance avec cette maladie si invalidante, comme nous pouvons le constater chaque jour à l'AFTOC<sup>1</sup>. Anne-Hélène et Vincent sont très complémentaires dans leur approche de chercheur et praticien. Ils nous prouvent que les modèles sont faits pour être bousculés, que l'obsession n'est pas forcément le point central du TOC, mais plutôt son masque, la belle carrosserie pour les cliniciens, riche d'interprétations et de modèles à l'infini, mais qui cache le véritable moteur du trouble selon leur approche. Cela impacte la pratique du thérapeute et la recherche sur le TOC. Les compulsions et les évitements sont ici reconsidérés, et les moyens thérapeutiques révisés et renouvelés en conséquence. Nous savons aujourd'hui que la thérapie comportementale et cognitive doit encore être améliorée et devenir plus ergonomique afin de s'adapter plus efficacement au quotidien des personnes souffrant de TOC, au degré de sévérité de leur trouble. Il ne suffit pas d'évaluer une pratique dans les conditions de la recherche pour qu'elle soit efficace sur tous les terrains. Contrainte de temps, de déplacement, de tempérament, de la personnalité du thérapeute, du patient

---

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

et de son entourage, autant d'éléments qui viennent s'ajouter à des modalités thérapeutiques validées, mais parfois totalement inefficaces dès qu'elles sortent du champ des études cliniques et de leur cadre. Tous les troubles apparentés, connexes ou associés sont étudiés pour répondre à la question souvent posée : « s'agit-il bien d'un TOC ? ». Le train de la symptomatologie parfois spectaculaire des compulsions, des évitements et des obsessions, la souffrance engendrée, peuvent cacher d'autres trains autrement redoutables s'ils ne sont pas pris en compte, et amener à des traitements inappropriés. Les frontières cliniques ne sont pas des murs et l'association de plusieurs troubles n'est pas rare. Pour autant, leur spécificité n'est pas à ignorer bien au contraire. Cela permet d'avancer dans leur compréhension et de mieux engager les soins et la recherche. Retiré des troubles anxieux, le TOC a trouvé son entité propre dans le DSM-5. Une façon de reprendre le cours de l'histoire là où l'anxiété avait recouvert de son amplitude exponentielle nombre de troubles pourtant bien spécifiés depuis parfois des siècles. Obsessions et compulsions, véritable clé de voûte d'une approche clinique fine faite plus précise dans les années d'observation des maladies psychiques traversant tout le XIX<sup>e</sup> siècle, jusqu'aux portes de l'avènement de nouvelles classes de médicaments dans les années cinquante, continuent aujourd'hui de nourrir l'intérêt de quelques spécialistes en neurosciences, chercheurs et praticiens, bien trop rares de notre point de vue.

Avec l'ensemble des contributeurs de ce livre, Anne-Hélène et Vincent sont de ceux-là et, par leur pratique de terrain, développent en continu des outils de recherche et thérapeutiques au service des patients, de leur famille, de leurs collègues thérapeutes et de la communauté scientifique.

Cet ouvrage mis à jour défriche de nouveaux terrains, éclaire des chemins plus connus et nous espérons qu'il contribuera à l'amélioration des pratiques de la communauté des professionnels de santé en matière de recherche et soins du trouble obsessionnel compulsif, mais également à l'acquisition de connaissances et conseils utiles pour les personnes atteintes de TOC et leurs proches, tant cet ouvrage offre des parties accessibles à tous.

Christophe Demonfaucon  
Administrateur de l'AFTOC<sup>1</sup>

---

1. Coordonnées de l'AFTOC : 3 rue Jammetière, 38640 Claix. Serveur vocal : 01 39 56 67 22 – contact@aftoc.org – www.aftoc.org

# Avant-propos

**I**L Y A DIX ANS, nous avons rassemblé pour un ouvrage collectif les compétences de chercheurs, médecins, psychologues et psychothérapeutes autour d'un problème actuel de santé publique, le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC). L'objectif était de confronter ces regards croisés et complémentaires sur le TOC afin de mieux comprendre son fonctionnement et ainsi pouvoir faire progresser les solutions thérapeutiques dont nous disposions. Loin d'être contradictoires, nous espérions pouvoir montrer que les approches psychologiques, neuroscientifiques et sociologiques pouvaient trouver chacune leur place dans la physiopathologie du TOC. Avec cette approche intégrative, nous avons souhaité présenter des solutions thérapeutiques, qu'elles soient psychologiques comme la TCC, médicamenteuses ou chirurgicales, au sein d'un manuel pratique, complet, et accessible. Nous le voulions riche de preuves scientifiques, de concepts et discussions théoriques dont découlaient des applications, avec de nombreuses illustrations cliniques et outils d'évaluation qui permettaient de guider les soignants au mieux.

En intégrant les données théoriques, expérimentales et cliniques, nous avons proposé une approche innovante des techniques psychothérapeutiques pour le TOC. Nous avons sélectionné, remodelé, optimisé certaines techniques des thérapies comportementales classiques. Ceci nous avait permis de proposer une autre approche de la psychothérapie, précisément modulable en fonction des manifestations cliniques du patient. De même, de façon cohérente avec une conception moderne neuropsychiatrique du TOC, cette thérapie insistait sur

l'importance de la psychoéducation, remplaçant le travail cognitif des TCC tel qu'il est habituellement utilisé, et répondant au besoin d'information exprimé par les patients et les proches. La partie sur la psychothérapie a été rendue plus lisible, plus maniable, avec notamment des techniques identifiables selon la configuration des TOC que présente le patient.

Cette 3<sup>e</sup> édition nous offre l'occasion d'actualiser la conception du trouble, de nous questionner de nouveau et de mettre à l'épreuve ce que nous avons écrit quelques années plus tôt, grâce aux découvertes en neurosciences et à notre expérience clinique. Nous avons pu constater que les études scientifiques visant à explorer les mécanismes impliqués dans cette pathologie confirment, et affinent aussi parfois, ce que nous avons décrit il y a déjà 10 ans. De façon intéressante, l'histoire des travaux cliniques et scientifiques sur le TOC depuis les années 1960 nous a permis de constater que certains résultats devaient être remis en lumière. En effet, les techniques courantes ont été pour certaines transformées au fil des années et se sont éloignées de leur configuration initiale.

Depuis la dernière édition du DSM (APA, 2015), les critères diagnostiques ont été redéfinis et le trouble est maintenant inclus dans un nouvel ensemble de pathologies regroupées sous le terme « TOC et apparentés ». En plus de ces précisions diagnostiques, il nous a donc paru intéressant de développer dans cette nouvelle édition les protocoles spécifiques à ces troubles proches des TOC.

Nous espérons que cette 3<sup>e</sup> édition, intégrant les dernières données scientifiques, les classifications actuelles, et riche de nouvelles années d'expérience clinique dans le soin du TOC, permettra au praticien de potentialiser la prise en charge de ses patients.

Anne-Hélène Clair & Vincent Trybou

Compléments en ligne à télécharger à l'adresse suivante :

[www.dunod.com/EAN/9782100824991](http://www.dunod.com/EAN/9782100824991)

# PARTIE I

---

## Des symptômes au fonctionnement du trouble obsessionnel compulsif

Anne-Hélène Clair

---

■ <b>Chap. 1</b>	Clinique du TOC.....	3
■ <b>Chap. 2</b>	Théories psychologiques du TOC.....	20
■ <b>Chap. 3</b>	Apport de la neuropsychologie dans la compréhension du TOC.....	30
■ <b>Chap. 4</b>	Des connaissances anatomo-fonctionnelles aux modèles neurobiologiques du TOC.....	40
■ <b>Chap. 5</b>	Vers une relecture du fonctionnement du TOC.....	55
	Conclusion.....	69

LE TOC, ou trouble obsessionnel compulsif, est aujourd'hui reconnu par l'ensemble des professionnels de santé comme étant une maladie à part entière, source de souffrance, de handicap et qui atteint des milliers de personnes. Cette maladie, composée de pensées obsédantes et de comportements compulsifs, est de mieux en mieux diagnostiquée et soignée. Cependant, les mécanismes qui la sous-tendent aussi bien au niveau cognitivo-comportemental que neurobiologique sont encore mal compris et font l'objet, depuis de nombreuses années, de recherches en psychologie, psychiatrie et neurosciences.

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

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



# Chapitre 1

## Clinique du TOC

---

### **OBSESSIONS ET COMPULSIONS : DES PREMIÈRES APPROCHES CLINIQUES AUX CRITÈRES DU DSM-5**

---

#### ► Un peu d'histoire...

Dès le XIX<sup>e</sup> siècle existent des descriptions cliniques de personnes atteintes de peur d'avoir commis des actes qui puissent être préjudiciables à quelqu'un, sans le vouloir. Ces pensées sont liées à une forte anxiété qui les conduit à revenir s'assurer plusieurs fois qu'ils n'ont rien fait, à éviter certaines situations qui pourraient aussitôt déclencher ces peurs. Dès cette époque, les médecins qui ont observé ces cas (Esquirol, 1838), insistent sur la notion de critique des symptômes et de préservation des facultés intellectuelles, ce qui a valu le nom de « monomanie raisonnante » à cette maladie<sup>1</sup>.

Dans ces cas cliniques, on observe deux grands types de symptômes, qui sont actuellement appelés obsessions et compulsions et forment aujourd'hui le trouble obsessionnel compulsif (TOC) dont les critères diagnostiques sont définis par le

---

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

DSM-5 (APA, 2015). Jusqu'alors classée dans la catégorie des troubles anxieux, la récente version du DSM place cette maladie parmi les « TOC et apparentés ». Les auteurs précisent que puisqu'il existe des relations étroites entre les troubles anxieux et cette nouvelle classe, ces deux chapitres se succèdent dans le DSM-5. Cette nouvelle classification permet d'isoler certains troubles (comme la théosaurisation pathologique qui était autrefois considérée comme un sous-type clinique du TOC) et de rapprocher un ensemble de troubles aux caractéristiques cliniques communes.

### ► Données épidémiologiques

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

### ► Les compulsions

Les manifestations les plus visibles du TOC sont ces répétitions de comportements (ou actes mentaux) appartenant souvent au quotidien ou ces séquences d'actions qui doivent être effectuées en nombre ou ordre précis. Ces compulsions peuvent s'exprimer de différentes façons, comme se laver les mains durant 30 minutes, vérifier une dizaine de fois que son réveil est activé, ranger les vêtements de son armoire de façon symétrique et suivant un code de couleur ou répéter des prières. Ces comportements peuvent prendre plusieurs heures dans la journée, se manifester au travail, à la maison, dans la rue. Tout en reconnaissant leur caractère excessif ou ridicule<sup>1</sup>, les compulsions doivent être obligatoirement effectuées, sous peine de voir surgir une très forte anxiété.

---

1. À noter que dans le DSM-5 cette notion n'est plus un critère diagnostique (critère B du DSM-IV-TR).

## ► Les obsessions

Les compulsions viseraient généralement à réduire une anxiété importante qui serait générée par des pensées ou images intrusives, angoissantes et répétées nommées obsessions. Les particularités de ces pensées sont aussi les efforts que fournit le patient pour s'en débarrasser et la critique qu'il en fait (degré d'insight). Les obsessions peuvent être centrées sur des thématiques multiples allant de la peur d'être contaminé à celle de provoquer une catastrophe ou de perdre des objets importants.

### ● Critères diagnostiques du TOC d'après le DSM-5

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

##### Obsessions

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

1. Comportements répétitifs (p. ex. se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (p. ex. prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
2. Les comportements ou actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

**B.** Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (p. ex. 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 (p. ex. une substance donnant lieu à abus ou un médicament) ni à une autre affection médicale.

**D.** La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental (p. ex. des soucis excessifs dans l'anxiété généralisée, une préoccupation

avec l'apparence dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, une difficulté à se débarrasser ou se séparer de possessions dans la thésaurisation pathologique (sylvomanie), le fait de s'arracher les cheveux dans la trichotillomanie, le fait de se provoquer des excoriations dans la dermatillomanie (trituration pathologique de la peau), des stéréotypies dans les mouvements stéréotypés, un comportement alimentaire ritualisé dans les troubles alimentaires, une préoccupation avec des substances ou le jeu d'argent dans les troubles liés à une substance et troubles addictifs, la préoccupation par le fait d'avoir une maladie dans la crainte excessive d'avoir une maladie, des pulsions ou des fantasmes sexuels dans les troubles paraphiliques, des impulsions dans les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, des ruminations de culpabilité dans le trouble dépressif caractérisé, des préoccupations délirantes ou des pensées imposées dans le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, ou des schémas répétitifs de comportement comme dans le trouble du spectre de l'autisme).

Spécifier si :

- **Avec bonne ou assez bonne prise de conscience ou *insight*** : La personne reconnaît que les croyances concernant le trouble obsessionnel compulsif ne correspondent certainement ou probablement pas à la réalité ou qu'elles pourraient être vraies ou fausses.
- **Avec mauvaise prise de conscience ou *insight*** : La personne pense que les croyances concernant le trouble obsessionnel compulsif correspondent probablement à la réalité.
- **Avec absence de prise de conscience ou *insight*/avec présence de croyances délirantes** : Le sujet est complètement convaincu que les croyances concernant le trouble obsessionnel compulsif sont vraies.

Spécifier si :

- **En relation avec des tics** : présence de tics actuellement ou dans les antécédents du sujet.

## ► Le diagnostic de TOC

Le diagnostic de TOC repose donc principalement sur la présence d'obsessions et/ou de compulsions qui engendrent une souffrance marquée dans la vie de

l'individu<sup>1</sup> en altérant sa qualité de vie, ses relations familiales, ou son aptitude au travail par exemple (APA, 2015). Ces symptômes font l'objet d'un degré de critique/de croyance (degré d'insight) variable, et qu'il convient de spécifier pour chaque patient<sup>2</sup>. La description du DSM-5 insiste également sur les évitements quotidiens souvent mis en place par les patients atteints de TOC, symptômes fréquemment observés dans les troubles anxieux et qui sont aussi source de souffrance et d'altération majeure de la qualité de vie.

Le *Mini International Neuropsychiatric Interview* (Sheehan, 1998) est un entretien semi-structuré qui permet d'établir le diagnostic de TOC selon les critères du DSM-IV-TR (APA, 2000). Il permet aussi de repérer la présence d'éventuelles comorbidités ou antécédents, notamment parmi les troubles de l'humeur ou anxieux.

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

### ► Le syndrome obsessionnel compulsif (SOC)

Si le diagnostic de TOC nécessite la présence de symptômes chronophages et/ou d'un retentissement certain sur le fonctionnement du patient, il est très fréquent d'observer des obsessions et compulsions qui ne répondent pas à ces critères. Il existe un continuum allant d'un fonctionnement normal à un envahissement

---

1. Dans le DSM-5, le nombre d'heures par jour consacré au TOC est donné à titre indicatif (p. ex. plus d'une heure par jour), et non comme un critère à respecter, comme c'était le cas dans le DSM-IV-TR. Ainsi, la notion de souffrance prime sur le nombre d'heures dans cette nouvelle version du DSM.

2. Les possibilités de spécifier les différents degrés d'insight ainsi que l'association avec des tics n'étaient pas précisées dans le DSM-IV-TR.

presque total du quotidien, en passant par le syndrome obsessionnel compulsif (SOC) comportant plusieurs symptômes peu invalidants (Degonda, 1993 ; Han-touche, 1995). Le SOC toucherait environ 5-6 % de la population générale et présente les mêmes caractéristiques et sous-types cliniques que le TOC (Degonda, 1993). L'évolution temporelle du SOC est très variable allant de la rémission spontanée à la stagnation ou l'évolution vers un TOC.

---

## UNE CLINIQUE COMPOSITE

---

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

### ► L'âge d'apparition de la maladie

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

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

---

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

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

### ► La balance obsessions/compulsions

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

L'existence majoritaire d'obsessions en l'absence presque totale de compulsions, ou inversement, est précisée dans les critères diagnostiques du DSM-5<sup>1</sup>. Il est aussi possible de quantifier la sévérité des obsessions et compulsions à l'aide de la Y-BOCS qui prévoit deux sous-scores (obsessions/compulsions). Trois facteurs syndromiques de TOC ont été ainsi mis en évidence selon la part d'obsessions et de compulsions : « compulsif », « obsessionnel » et « mixte » (Hantouche, 2002a).

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

---

1. « Présence d'obsessions, de compulsions ou des deux » (APA, 2015).

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

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

### ► La thématique des symptômes

Le TOC est composé de symptômes dont les thématiques ont une forte variabilité interindividuelle. Certains patients sont uniquement concernés par la peur de la saleté et manifestent des rituels de lavage, d'autres vivent la peur de faire mal à quelqu'un et vérifient sans cesse derrière eux. Il est aussi très fréquent d'observer différentes thématiques présentes simultanément chez un même patient<sup>1</sup>. Dans ce cas, une thématique est souvent dominante, et constitue la plainte principale du patient.

Les cliniciens ont très vite cherché à distinguer des sous-types cliniques afin de progresser dans la compréhension du trouble, de son étiologie et de ses traitements. Des auto-questionnaires ou des entretiens semi-structurés ont été validés afin de quantifier et/ou de lister l'ensemble des thématiques des symptômes. L'entretien le plus utilisé aujourd'hui pour identifier les différentes obsessions et compulsions est la check-list de la Y-BOCS (Goodman, 1989). Cette évaluation semi-structurée comprend une soixantaine de symptômes obsessionnels compulsifs regroupés en huit thématiques d'obsessions et sept de compulsions (cf. annexe 1). Elle rend compte d'une grande partie des symptômes observés chez ces patients, mais ne permet pas de quantifier l'importance de chaque type de symptômes listés. Des auto-questionnaires comme le *Maudsley Obsessionnal*

---

1. Les thématiques des symptômes évoluent fréquemment chez un même sujet au cours de sa maladie.



*Compulsive Inventory* (MOCI) (Hodgson, 1977) ou l'inventaire de Padoue (Santavio, 1988) donnent une appréciation quantitative, mais centrée sur quelques dimensions du TOC seulement.



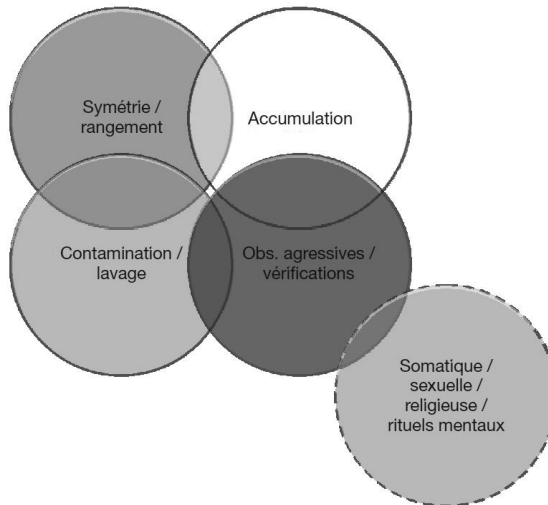
Figure 1.1. Les différents types de symptômes répertoriés dans la check-list de la Y-BOCS (Goodman, 1989)

Des tentatives de regroupement en « sous-types cliniques » ont été initiées, reposant sur des techniques d'analyses factorielles ou en clusters des symptômes. Plusieurs distinctions ont été proposées, à partir des manifestations comportementales (« vérificateurs » versus « laveurs » [Lewis, 1936]) ou des processus mentaux (« évaluation anormale du risque », « doute pathologique » ou « incomplétude » [Rasmussen, 1991]).

Après ces premières considérations théoriques, des études en analyses factorielles ont utilisé des outils psychométriques validés (comme le MOCI ou l'inventaire de Padoue) et ont pu mettre en évidence de deux à cinq facteurs chez d'importantes populations de patients (Van Oppen, 1995b ; McKay, 2004). L'utilisation de l'inventaire de Padoue a notamment permis de distinguer cinq dimensions de symptômes : lavage, vérification, rumination, impulsion et précision (Van Oppen,

1995b). Cependant, ces auto-questionnaires ne tiennent pas compte de tous les symptômes cliniques du trouble. Afin de mieux rendre compte de la diversité des symptômes de ces patients, la check-list de la Y-BOCS a été ensuite utilisée dans différentes études (Denys, 2004 ; Mataix-Cols, 1999).

Selon les études, trois à sept dimensions cliniques distinctes ont été mises en évidence à partir de cette check-list. Les classifications les plus utilisées aujourd'hui sont celles de Leckman (1997) qui distingue quatre facteurs : lavage/contamination, obsessions agressives/vérifications, accumulation, symétrie/rangement, et de Mataix-Cols (1999 ; 2006) qui ajoute la dimension sexuelle/religieuse et les rituels mentaux (figure 1.2). Toutefois, la récente classification du DSM-5 a isolé le facteur « accumulation » dans un trouble à part entière inclus dans la catégorie des « TOC et apparentés ». Ces patients atteints de « thésaurisation pathologique » se distinguent notamment de ceux atteints de TOC par une moins bonne réponse à un traitement sérotoninergique et à une TCC (Mataix-Cols, 1999 ; Abramowitz, 2003 ; Black, 1998). Axées sur ces nouveaux critères diagnostiques, de futures études devraient proposer des mises à jour de ces classifications factorielles.



*Figure 1.2. Représentation schématique des 4 facteurs de Leckman (1997) et du 5<sup>e</sup> facteur isolé par Mataix-Cols (1999 ; 2006) d'après les principaux symptômes de la check-list de la Y-BOCS et les critères diagnostiques du DSM-IV-TR*

Des processus particuliers du traitement de l'information anxiogène (Frost, 1989 ; Moritz, 2008) et/ou des déficits neuropsychologiques de nature différente (Omori, 2007 ; Nedeljkovic, 2009) ont été aussi retrouvés en fonction du sous-type clinique des patients. Des études en neuro-imagerie ont démontré l'existence de corrélats neuronaux distincts en fonction du type de symptômes provoqués chez des patients atteints de TOC (Mataix-Cols, 2004) ou des dimensions cliniques (van den Heuvel, 2008 ; Gilbert, 2008 ; Phillips, 2004 ; Harrison, 2013).

---

## COMORBIDITÉS ET DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

---

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

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

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

### ► **Symptômes dépressifs et épisode dépressif caractérisé**

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

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

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

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

### ► Les troubles bipolaires

Parmi les troubles de l'humeur, les troubles bipolaires touchent environ 10 à 20 % des patients atteints de TOC (Adam, 2010). Cette comorbidité est importante à dépister, tant pour le suivi/traitement médicamenteux que psychothérapeutique. Chez le patient atteint de TOC et de trouble bipolaire, la sévérité des symptômes obsessionnels compulsifs peut varier en fonction des phases thymiques. Les obsessions et compulsions peuvent être mises au second plan dans une phase (hypo)maniaque alors qu'elles vont avoir tendance à s'accroître dans les phases dépressives.

### ► Les troubles anxieux

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

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

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

Les phobies sont des réactions anxieuses déclenchées lorsque la personne se trouve face à l'objet phobique : « j'ai vu un rat, j'ai eu peur et je me suis enfui ». L'anxiété se porte précisément sur un objet (comme un rat, une araignée) ou une situation (la foule ou le vide par exemple), ce qui n'est généralement pas le cas dans le TOC où l'anxiété est associée à une pensée ou une image (obsession). L'évitement phobique suffit en général à diminuer l'anxiété. L'évitement est aussi retrouvé dans le TOC (« je ne vais pas sortir avec mes amis pour ne pas être en contact avec la saleté »), et généralement lorsque le trouble est déjà modéré à

sévère. Pour bien différencier un évitement s'inscrivant dans une phobie versus un TOC, il faut rechercher les compulsions ayant précédé l'évitement (« je passais trop de temps à me laver en rentrant, donc pour éviter ça, je ne sors plus ») ou concomitantes.

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

### ► Les troubles apparentés au TOC (DSM-5)

Cette nouvelle catégorie du DSM-5 rassemble un ensemble de troubles autour du TOC : l'obsession d'une dysmorphie corporelle, la thésaurisation pathologique (syllogomanie), la trichotillomanie (arrachage compulsif des cheveux), la dermatillomanie (trituration pathologique de la peau), TOC ou apparenté induit par une substance/un médicament ou dû à une autre affection médicale, autre TOC ou apparenté (non) spécifié.

Avant de conclure à un diagnostic de TOC devant des obsessions et compulsions, cette classification nous incite à être particulièrement vigilants sur les antécédents du patient (à la recherche d'une prise de substance/médicament ou affection médicale), mais aussi sur la thématique des symptômes. Ainsi, une personne gênée par des obsessions concernant son apparence physique, ou des comportements d'arrachage de ses cheveux souffrirait d'obsession de dysmorphie corporelle ou de trichotillomanie et non de TOC. De même, l'accumulation d'objets et la détresse associée au fait de s'en débarrasser sont en faveur d'une thésaurisation pathologique. Cependant, si ce comportement est sous-tendu par une obsession typique d'un TOC (comme la peur de faire du mal avec un objet jeté, une pensée magique) il doit être considéré comme symptôme de ce trouble et non d'une thésaurisation pathologique.

### ► Les troubles psychotiques

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