

LES ATELIERS DU PRATICIEN

Anne-Hélène CLAIR

Vincent TRYBOU

Se former à la prise en charge des TOC

DUNOD

<p>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.</p> <p>Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} 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</p>		<p>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.</p> <p>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).</p>
--	--	--

© Dunod, 2018
11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff
www.dunod.com

ISBN 978-2-10-077846-1

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o 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.

Table des matières

Avant-propos.....	6
Chapitre 1 – Clinique et traitement du TOC.....	8
1 ● ÉPIDÉMIOLOGIE ET CLINIQUE DU TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF.....	10
Données épidémiologiques.....	10
Les compulsions.....	10
Les obsessions.....	11
Le diagnostic de TOC.....	11
La balance obsessions/compulsions.....	13
La thématique des symptômes.....	14
2 ● COMORBIDITÉS ET DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS.....	14
Troubles de l'humeur : dépression et bipolarité.....	15
Les troubles anxieux.....	15
Les troubles apparentés au TOC (DSM-5).....	16
Les troubles psychotiques.....	16
Les tics.....	17
La personnalité obsessionnelle compulsive.....	18
3 ● TCC OU MÉDICAMENT : AVEC QUEL TRAITEMENT COMMENCER ?.....	19
4 ● MÉDICAMENTS ET STRATÉGIES DE TRAITEMENT ANTI-TOC.....	19
Chapitre 2 – Le fonctionnement cérébral des patients atteints de TOC.....	22
1 ● ÉLÉMENTS DE NEURO-ANATOMIE.....	24
Au niveau cortical.....	24
Au niveau sous-cortical.....	24
2 ● CORRÉLATS NEURONAUX DES SYMPTÔMES OBSESSIONNELS COMPULSIFS.....	25
3 ● EFFET DE LA TCC SUR LE FONCTIONNEMENT CÉRÉBRAL DES PATIENTS ATTEINTS DE TOC.....	27
4 ● LIENS ENTRE SYMPTÔMES ET DYSFONCTIONS CÉRÉBRALES.....	28
Le modèle de Baxter.....	28
Le modèle de Schwartz.....	28
Dysfonctions cérébrales : causes ou conséquences du TOC ?.....	29
Chapitre 3 – Modèles cognitivo-comportementaux et techniques thérapeutiques.....	32
1 ● LES MODÈLES COGNITIFS.....	34
2 ● TECHNIQUES COGNITIVES EN TCC.....	36
1 ^{re} étape : analyse fonctionnelle.....	36
2 ^e étape : différenciation des pensées.....	37
3 ^e étape : discussion des pensées automatiques.....	37
4 ^e étape : repérage des schémas.....	41
5 ^e étape : remise en question des schémas.....	43
3 ● LES MODÈLES COMPORTEMENTAUX.....	43
4 ● TECHNIQUES COMPORTEMENTALES EN TCC.....	44
5 ● PRINCIPES, EFFICACITÉ ET LIMITES DE LA TCC.....	46
Déroulement classique d'une TCC.....	46
Efficacité de la TCC sur les TOC.....	48
Limites de la TCC.....	49
Limites des techniques classiques utilisées dans le TOC.....	52

Chapitre 4 – Vers un modèle neurocomportemental.....	56
1 ● REPENSER L'ARTICULATION ENTRE OBSESSIONS, ANXIÉTÉ ET COMPULSIONS.....	58
2 ● MODÈLE NEUROCOMPORTEMENTAL.....	59
La psychoéducation.....	62
Chapitre 5 – Applications du modèle neurocomportemental.....	68
1 ● TECHNIQUES COGNITIVES : PRÉSENTATION ET APPLICATIONS.....	70
L'importance de la psychoéducation comme technique cognitive.....	70
Travailler sur le doute.....	71
2 ● TECHNIQUES COMPORTEMENTALES ADAPTÉES AUX SOUS-TYPES DE TOC.....	84
Technique 1 : l'impossibilité matérielle.....	85
Le décalage.....	88
La provocation et le sabotage.....	91
Le laisser-couler et la nomination de la maladie.....	94
3 ● RÉSUMÉ DES TECHNIQUES.....	97
Les évitements dans les TOC : un facteur trop souvent oublié.....	98
4 ● DÉROULEMENT D'UNE TCC UTILISANT LES TECHNIQUES SPÉCIFIQUES AUX TOC.....	101
Chapitre 6 – Protocoles d'exercices par type de TOC.....	104
1 ● CONTAMINATION ET LAVAGE.....	107
2 ● SYMÉTRIE ET PERFECTION DES GESTES, RÉPÉTITION PURE.....	115
3 ● ANNULATION DE PENSÉE AVEC RÉPÉTITION D'ACTION.....	117
4 ● ANNULATION DE PENSÉE SANS RÉPÉTITION D'ACTION.....	120
5 ● IMAGES ET PENSÉES SEXUELLES, AGRESSIVES, IMPULSIVES.....	122
6 ● VÉRIFICATION, REMÉMORATION.....	126
Chapitre 7 – Repérer et prendre en charge les patients résistants.....	136
1 ● FACTEURS DE RÉSISTANCE EN TCC : LES RECHERCHER ET Y FAIRE FACE.....	138
La dépression comorbide.....	138
Procéder à une évaluation fine de l'immédiateté des rituels du patient.....	138
Toujours revenir à la psychoéducation dans les discussions sur le doute.....	139
Investiguer les psychostimulants, l'hygiène de vie.....	139
Évaluer l'impact de l'affirmation de soi sur la gestion du contrôle.....	140
Évaluer l'impact de l'estime de soi chez les patients qui ne se lancent même pas.....	140
L'influence hormonale.....	142
Évaluer l'hypothèse d'états mixtes chez les patients hostiles, méfiants, impulsifs, agressifs et bouillonnants.....	142
Investiguer si la famille prend part aux rituels.....	144
Investiguer les attitudes contre-productives des proches.....	147
Les conseils à donner aux proches pour mener à bien leur rôle de co-thérapeutes.....	148
Le manque de compliance chez les adolescents.....	150
Recevoir une famille qui demande des conseils pour un proche qui refuse de consulter.....	151
Ramener le patient à sa demande d'origine.....	154
2 ● LES PATIENTS RÉSISTANTS AU TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ET À LA TCC.....	155
Indices de sévérité et de résistance du TOC.....	155
La stimulation cérébrale profonde.....	157
Chapitre 8 – Repérer et prendre en charge les cas atypiques.....	160
1 ● 1^{ER} CAS : LES INTRUSIONS AGRESSIVES, SEXUELLES ET TABOUS QUI RÉSISTENT À LA THÉRAPIE.....	162
2 ● 2^E CAS : LA PARTICULARITÉ DES TOC RELIGIEUX.....	163
3 ● 3^E CAS : LES DÉPRESSIONS MIXTES.....	163
4 ● 4^E CAS : LA PROCRASTINATION ET LE PERFECTIONNISME.....	164
5 ● 5^E CAS : LES TOC AVEC SENSATIONS PHYSIQUES.....	166
6 ● 6^E CAS : LES INDÉCIS.....	167

7	7 ^E CAS : LES ACCUMULATEURS ET COLLECTIONNEURS.....	168
8	8 ^E CAS : L'HYPOCONDRIE.....	170
9	9 ^E CAS : LA DYSMORPHOPHOBIE.....	172
10	10 ^E CAS : ÉMÉTOPHOBIE ET EUROTOPHOBIE.....	173
11	11 ^E CAS : TRICHOTILLOMANIE, DERMATILLOMANIE.....	173
12	12 ^E CAS : ACHATS COMPULSIFS.....	174
Chapitre 9 – Cahier d'entraînement : 30 cas cliniques en aveugle.....		176
1	CAS CLINIQUES.....	180
2	RÉPONSES.....	198
Bibliographie.....		213

Avant-propos

EN 2013, nous avons rassemblé au sein de l'ouvrage collectif *Comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs* les compétences de chercheurs, médecins, psychologues et psychothérapeutes autour du Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC). L'objectif était de confronter les regards croisés des approches psychologiques, neuroscientifiques et sociologiques sur cette maladie afin de mieux comprendre son fonctionnement et ainsi de pouvoir faire progresser les solutions thérapeutiques dont nous disposions.

Cette approche intégrative était détaillée dans un manuel complet présentant des preuves scientifiques, des présentations de concepts et discussions théoriques dont découlaient des applications thérapeutiques, qu'elles soient psychologiques comme les Thérapies cognitives et comportementales (TCC), médicamenteuses ou chirurgicales.

Dans ce précédent ouvrage, nous avons sélectionné, remodelé, optimisé certaines techniques des TCC classiques. Les exercices devenaient modulables en fonction des manifestations cliniques du patient et la psychoéducation trouvait sa place en tant qu'outil cognitif. Notre souci était également de répondre au besoin d'information exprimé par les patients et les proches.

Depuis 2013, notre expérience clinique auprès de patients atteints de TOC n'a cessé de s'enrichir et de conforter nos propositions psychothérapeutiques. Elle nous a aussi permis de nous confronter à des cas atypiques, parfois résistants, testant l'efficacité de notre programme de TCC et parfois aussi ses limites, nous amenant à en moduler certains aspects dans notre seconde édition (2016).

En discutant avec nos collègues thérapeutes et en enseignant, nous nous sommes rendu compte que la prise en charge du TOC en TCC était encore considérée aujourd'hui comme complexe et redoutée.

Nous avons donc choisi d'adapter notre ouvrage de 2016 directement pour la pratique clinique. Cette édition concentre les informations théoriques essentielles et guide le thérapeute pas à pas dans la prise en charge.

Nous avons choisi d'insister sur les exemples cliniques, les protocoles en fonction des sous-types cliniques de TOC, les difficultés possibles et leurs solutions. Nous l'avons voulu pédagogique et « interactif » en proposant dans le dernier chapitre une série de cas cliniques d'entraînement au diagnostic et à la TCC.

Nous espérons que la lecture de cet « Atelier du praticien » permettra à chacun de se sentir à l'aise dans la prise en charge des patients atteints de TOC en TCC. Plus les thérapeutes seront formés au traitement de cette maladie et plus les TCC devraient être accessibles, soignant ainsi davantage de personnes souffrant de TOC.

Chapitre 1

Clinique et traitement du TOC



1	Épidémiologie et clinique du trouble obsessionnel compulsif	10
2	Comorbidités et diagnostics différentiels	14
3	TCC ou médicament : avec quel traitement commencer ?	19
4	Médicaments et stratégies de traitement anti-TOC	19

1 ÉPIDÉMIOLOGIE ET CLINIQUE DU TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

Données épidémiologiques

Le TOC atteint 2 à 3 % de la population générale, touchant autant d'hommes que de femmes (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.

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.

Les TOC apparus précocement seraient plus sévères et toucheraient 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 : 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 majeurs. Les données concernant les réponses aux traitements et les caractéristiques cérébrales de ces deux groupes sont peu nombreuses et inconsistantes (Lomax, 2009).

Les compulsions

Les manifestations les plus visibles du TOC sont ces répétitions de comportements (ou actes mentaux) 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 ridicule¹, les compulsions doivent être obligatoirement effectuées, sous peine de voir surgir une très forte anxiété.

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. Il est communément admis depuis Janet (1903) que les obsessions ne se distinguent 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. Cette notion est importante à prendre en compte en thérapie et nous y reviendrons dans les parties dédiées à la thérapie cognitive.

Le diagnostic de TOC

► Critères diagnostiques du TOC d'après le DSM-5

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 (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 actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutée ; 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.

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

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 (par exemple 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 (par exemple 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 (syllogomanie), 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 repose donc principalement sur la présence d'obsessions et/ou de compulsions (au minimum une heure par jour) qui engendrent une souffrance marquée dans la vie de l'individu (APA, 2015). La description du DSM-5 insiste également sur les évitements quotidiens souvent mis en place par les patients atteints de TOC.

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. C'est un outil utile pour le diagnostic.

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. Le syndrome obsessionnel compulsif (SOC) comporte plusieurs symptômes peu invalidants (Degonda, 1993 ; Hantouche, 1995) et toucherait environ 5-6 % de la population générale. Son évolution temporelle est très variable allant de la rémission spontanée à la stagnation ou l'évolution vers un TOC.

La balance 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, 2002). Il convient de noter que l'existence majoritaire d'obsessions en l'absence presque totale de compulsions, ou inversement, est précisée dans les critères diagnostiques du DSM-5².

- **Le TOC à dominance compulsive** : les obsessions sont généralement absentes ou très peu élaborées et les compulsions sont effectuées en réponse à l'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** : ces patients rapportent majoritairement des obsessions mais ils présentent bel et bien des rituels, souvent mentaux et donc moins faciles à mettre en évidence (par exemple, des

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

ruminations incessantes, se rejouer une scène dans la tête, ou des tentatives de réassurances sous forme de questions aux proches ou de consultation sur Internet) (Rachman, 1976). Ces compulsions mentales ne sont généralement pas dépistées par les cliniciens qui voient ces patients comme des obsessionnels purs et manquent ainsi les rituels sur lesquels construire la thérapie.

- **La forme mixte du TOC** : c'est la plus classique du trouble, la plus fréquente et la plus aisée à diagnostiquer (Hantouche, 2002). Le patient décrit clairement des idées obsédantes quotidiennes qu'il tente de canaliser par des comportements compulsifs qui sont chronophages : le lavage motivé par une peur d'attraper le Sida ou de la saleté, la vérification par peur d'avoir perdu quelque chose sans s'en rendre compte, etc.

La thématique des symptômes

Il est très fréquent d'observer différentes thématiques présentes simultanément chez un même patient, mais aussi changeantes au cours de l'évolution de la maladie. Une thématique est souvent dominante et constitue la plainte principale du patient.

L'entretien le plus utilisé aujourd'hui pour identifier les différentes thématiques d'obsessions et compulsions est la check-list de la Y-BOCS (Goodman, 1989) (cf. Clair et Trybou, 2016). 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 Obsessional Compulsive Inventory (MOCI) (Hodgson, 1977) ou l'inventaire de Padoue (Sanavio, 1988) donnent une appréciation quantitative.

La connaissance des thématiques les plus fréquemment rencontrées est utile au thérapeute dans le dépistage d'un TOC (cf annexes Clair & Trybou 2016). Mais cette connaissance ne doit pas devenir un danger diagnostique : ce n'est pas parce qu'un patient vérifie son sac qu'il a un TOC. Et ce n'est pas parce que le patient a une thématique inhabituelle que ce n'est pas un TOC.

2 COMORBIDITÉS ET DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

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 majeur avant de proposer des exercices de TCC 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 autre trouble.

Troubles de l'humeur : dépression et bipolarité

Une étude a démontré que près de 50 % de patients atteints de TOC auraient souffert de dépression majeure ou de dysthymie au cours de leur maladie, ce qui en font les comorbidités les plus fréquentes (Rasmussen, 1994). Les symptômes dépressifs 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.

On pourrait aisément confondre le ralentissement dépressif avec la lenteur obsessionnelle. Dans ce cas, il est utile de préciser le moment d'apparition de la lenteur par rapport à celle 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 troubles bipolaires touchent environ 10 à 20 % des patients atteints de TOC (Adam, 2012). Cette comorbidité est importante à dépister, notamment pour le suivi/traitement médicamenteux.

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, 2012). Les comorbidités les plus fréquemment retrouvées sont les phobies simples (22 %) et la phobie sociale (18 %) (Adam, 2012 ; Rasmussen, 1992).

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 aux stimuli anxiogènes.

Les troubles apparentés au TOC (DSM-5)

Cette nouvelle catégorie du DSM 5 rassemble des troubles autour du TOC, dont l'obsession d'une dysmorphie corporelle (dysmorphophobie), la thésaurisation pathologique (syllomanie ou TOC d'accumulation), la trichotillomanie (arrachage compulsif des cheveux) et la dermatillomanie (trituration pathologique de la peau).

Avant de conclure à un diagnostic de TOC devant des obsessions et compulsions, cette classification nous incite à être particulièrement vigilants à 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 d'une 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. Et les protocoles de soins pour chacun de ces troubles sont différents.

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). Par contre, de 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.

Bien que dans la majorité des cas, le diagnostic différentiel soit assez évident, il pose parfois problème chez certains patients, notamment ceux qui ont un

insight pauvre ou un faible niveau cognitif. Il faut être attentif à ne pas tomber dans le piège de l'étrangeté des thématiques : une obsession dont la thématique est inhabituelle ou que le patient a des difficultés à exprimer n'est pas forcément une pensée délirante !

Il faut se recentrer sur les caractéristiques de ces idées et comportements : comment le patient les critique-t-il ? Sont-elles isolées ou associées à d'autres symptômes ? L'absence de critique des symptômes engage vers une recherche d'autres symptômes pouvant conforter le diagnostic de trouble psychotique et qui sont absents dans celui de TOC.

Les tics

Les tics sont des manifestations motrices et/ou vocales semi-volontaires. Ainsi, le patient sent le tic arriver (sensation prémonitoire), ressent un fort besoin de l'exécuter (parfois décrit comme une tension physique) puis un soulagement une fois le comportement effectué. Il a aussi la possibilité de le retenir un certain temps. La fréquence des tics est soumise à une importante différence inter-individuelle, mais aussi intra-individuelle, dépendante des instants de la journée, des périodes de vie, ou du stress.

Classiquement, la comorbidité entre les tics et les TOC est bidirectionnelle et souvent estimée comme importante. Elle varie selon les études entre 20 et 60 % (Swedo, 1989 ; Riddle, 1990 ; Hanna, 1995 ; Coffey, 2000 ; Eichstedt, 2001 ; Ivarsson, 2008 ; Worbe, 2010). Spécifier si le patient atteint de TOC présente également des tics a été d'ailleurs ajouté dans le DSM 5.

Le diagnostic différentiel peut parfois être compliqué et fait l'objet de nombreux débats dans la littérature actuelle. Bien sûr, la présence d'une obsession soutenant un geste répété élimine le diagnostic de tic en faveur du TOC.

La distinction devient plus difficile entre les patients qui présentent uniquement des compulsions et ceux qui ont des tics complexes. Certains tics sont en effet composés d'une succession de plusieurs mouvements (tics qualifiés de complexes), comme par exemple le fait de toucher des objets ou des personnes de façon répétée ou de compter des choses. Dans le cas d'un TOC, les mêmes comportements peuvent être observés mais seront alors associés à de l'anxiété (pas forcément élaborée à un niveau d'obsession), ce qui n'est pas le cas du tic. Le geste du TOC vise à soulager l'anxiété, celui du tic une sorte de « tension ».