

TROUBLES ANXIEUX

item 66e

TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF



OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- * Diagnostiquer un trouble obsessionnel compulsif.
- * Argumenter l'attitude thérapeutique et planifier le suivi aux différents âges et à tous les stades du trouble obsessionnel compulsif.

| Rang | Rubrique | Intitulé |
|------|---------------------------|--|
| A | Définition | Obsessions ; Compulsions ; Trouble obsessionnel compulsif |
| B | Prévalence, épidémiologie | Prévalence ; Âge de début des troubles |
| A | Étiologie | Savoir que l'étiologie est multifactorielle |
| A | Diagnostic positif | Sémiologie |
| B | Diagnostic positif | Spécificités chez l'enfant et l'adolescent |
| B | Diagnostic positif | Spécificités chez la personne âgée |
| B | Diagnostic positif | Critères diagnostiques DSM-5 |
| B | Diagnostic positif | Principaux diagnostics différentiels psychiatriques et non psychiatriques |
| B | Prise en charge | Principes généraux |
| B | Examens complémentaires | Connaître les principaux examens complémentaires et leurs indications |
| B | Prise en charge | Indications des traitements non pharmacologiques |
| B | Prise en charge | Indications des traitements pharmacologiques au long cours chez l'adulte |
| B | Prise en charge | Indications des traitements pharmacologiques chez l'enfant et l'adolescent |



POINTS CLÉS

- * Le trouble obsessionnel compulsif est un trouble fréquent débutant généralement dans l'enfance ou chez l'adulte jeune.
- * Le diagnostic repose sur la présence d'obsessions et/ou de compulsions, d'un impact fonctionnel des troubles et de l'élimination d'autres troubles psychiatriques.
- * Le traitement repose sur : les thérapies cognitivo-comportementales (en particulier celles basées sur la technique d'exposition avec prévention de la réponse) et les antidépresseurs du type inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS).

1. INTRODUCTION

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est l'un des troubles psychiatriques les plus fréquents et les plus invalidants. Il associe de façon variable 2 types de symptômes : des obsessions et/ou des compulsions.

2. CONTEXTE ÉPIDÉMIOLOGIQUE

La prévalence du TOC sur la vie entière est estimée à environ 2 %. C'est globalement un trouble du sujet jeune puisque 65 % des patients adultes décrivent un début avant l'âge de 25 ans et environ un tiers dès l'enfance. Le sex-ratio est de 1.

3. SÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

3.1. Les obsessions

Les obsessions sont caractérisées par l'irruption de pensées, de pulsions, d'images en désaccord avec la pensée consciente du sujet, mais perçues comme provenant de son esprit. Elles sont :

- * récurrentes et persistantes ;
- * ressenties comme intrusives et inappropriées par le sujet ;
- * source d'anxiété ou d'inconfort. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

3.2. Les compulsions et rituels

- * Les compulsions sont des comportements répétitifs (se laver, ordonner, ranger, vérifier, etc.) ou des actes mentaux (compter, répéter des mots, etc.) que le sujet se sent forcé d'accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.
- * Ces compulsions sont destinées à neutraliser ou diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés. Elles sont soit sans relation réaliste avec ce qu'elles proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessives. Elles ne sont pas source de plaisir au-delà du soulagement de l'anxiété.

Quand les compulsions sont réalisées de manière très précise et stéréotypée on parle de rituels.

3.3. Conscience du trouble (appelée aussi « *insight* »)

La reconnaissance du caractère pathologique (c'est-à-dire excessif et non raisonnable) des symptômes n'est pas systématique dans le TOC. Elle est variable selon les patients et selon les situations. La majorité des patients ont une bonne conscience de leurs troubles (c'est-à-dire un bon *insight*), mais 5 à 25 % des patients présentent un *insight* faible. La prise de conscience peut varier au cours de l'évolution de la pathologie. C'est également un facteur pronostique de l'évolution du trouble à long terme.

3.4. L'évitement

Un grand nombre de patients développent, pour limiter la survenue des obsessions et des compulsions, un comportement d'évitement vis-à-vis des situations favorisant l'émergence de ces symptômes.

3.5. Thématiques

Les obsessions et compulsions peuvent avoir différents thèmes. On peut retenir trois grandes thématiques aux symptômes obsessionnels et compulsifs (cf. **Tableau 1**).

| Nom du thème | Caractéristiques |
|--------------------|--|
| Contamination | Obsessions de contamination. Compulsions et rituels de lavage (des mains, du corps entier, des objets) et d'évitement (ne pas toucher, porter des gants). |
| Erreur | Obsessions : ordre, symétrie, exactitude Peut être accompagné ou non de pensée magique (ex. peur qu'un accident arrive si les choses ne sont pas rangées dans le bon ordre). Compulsions et rituels de vérification , souci extrême de l'ordre, de la symétrie, de l'exactitude. Grande rigidité dans l'enchaînement des actions, leur réalisation selon des critères idiosyncrasiques (alignement des objets, symétrie des objets, marche sur les lignes du sol). |
| Pensées interdites | Obsessions de pensées interdites : <i>Catastrophe</i> : survenue d'un accident qui pourrait se produire du fait de la responsabilité du sujet (mettre le feu ou être à l'origine d'un accident par négligence, renverser un piéton en voiture sans s'en rendre compte, etc.) <i>Impulsion agressive</i> : crainte de perdre le contrôle de soi, peur de commettre un acte répréhensible contre son gré, crainte de violence envers autrui ou soi-même, images de violence ou d'horreur, peur de laisser échapper des obscénités ou des insultes, peur de faire quelque chose qui mette dans l'embarras, peur de voler des choses, etc. <i>Thématique sexuelle</i> : contenu sexuel jugé répréhensible par la personne (homosexualité, inceste, etc.) <i>Thématique religieuse</i> : préoccupations liées au bien et au mal, à la moralité, préoccupations liées aux sacrilèges et aux blasphèmes. Elles s'associent possiblement à des prières, des rituels religieux compulsifs ou des rituels mentaux. <i>Thématique somatique</i> : peur d'être atteint d'une maladie et obsessions portant sur l'aspect d'une partie de son corps. Compulsions et rituels mentaux (mots que les patients se répètent mentalement pour « conjurer » les effets redoutés de l'obsession), vérifications. |

Tableau 1. Grandes thématiques du TOC.

3.6. Sémiologie en population spécifique

3.6.1. Chez l'enfant et l'adolescent

Les présentations cliniques du TOC chez les enfants sont généralement similaires à celles de l'adulte. Chez l'enfant et l'adolescent, les obsessions et compulsions sont souvent multiples et leur contenu peut être fluctuant. Certains rituels apparaissant au cours du développement n'ont aucune valeur pathologique (p. ex. : rituels d'endormissement) et ne doivent pas être confondus avec un TOC.

L'entourage familial est souvent impliqué dans la réalisation des compulsions (p. ex. : l'enfant impose à ses parents de répéter une suite en chiffre avant le coucher).

L'enfant et l'adolescent ont souvent une faible conscience de leur trouble. En fonction de l'âge, la verbalisation des symptômes obsessionnels peut être difficile et l'interruption des compulsions peut se manifester par des troubles du comportement (crises de colère, agressivité, irritabilité).

3.6.2. Chez le sujet âgé

Il n'y a pas de spécificité sémiologique du TOC chez le sujet âgé (cf. **Item 70**).

4. LE TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

4.1. Diagnostic positif

Le diagnostic du TOC repose sur les critères du DSM-5 :

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

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 ni à une autre affection médicale.

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

Spécifier si :

- * avec bonne ou assez bonne prise de conscience ou insight ;
- * avec mauvaise prise de conscience ou insight ;
- * avec absence de prise de conscience ou insight.

4.2. Diagnostics différentiels

4.2.1. Pathologies non psychiatriques

Certaines pathologies neurologiques impliquant les noyaux gris centraux peuvent provoquer des symptômes obsessionnels et compulsifs comme le syndrome Gilles de la Tourette ou la chorée de Huntington.

4.2.2. Troubles psychiatriques

Le principal diagnostic différentiel est celui de **schizophrénie** : la distinction entre idées délirantes et obsessions se fait habituellement sur la conviction inébranlable de l'idée délirante et la reconnaissance du caractère irrationnel des pensées dans le cas des obsessions.

Les autres diagnostics à éliminer sont :

- * **l'épisode dépressif caractérisé** : ce dernier peut en effet être marqué par des ruminations anxieuses évocatrices d'obsessions. Le thème de ces ruminations est congruent à l'humeur, c'est-à-dire qu'il s'agit de ruminations anxieuses centrées sur la culpabilité, l'auto-dévalorisation, etc. ;
- * **les troubles anxieux** (trouble anxieux généralisé, phobie spécifique notamment) : ces troubles sont souvent liés à des problèmes ou des situations réelles, alors que dans le TOC les situations sont le plus souvent irrationnelles ;
- * **l'hypochondrie** (cf. **Item 72**) ;
- * **les mouvements anormaux** : tics (mouvements ou vocalisations répétitives involontaires qui ne sont pas dirigés vers un but. Ils ne sont pas précédés d'obsessions) ;
- * **le trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive** : elle n'est pas caractérisée par la présence d'obsessions ou de compulsions ; elle implique un mode de fonctionnement de pensée centré sur des préoccupations liées à l'ordre, au perfectionnisme et au contrôle.

4.3. Notions de physiopathologie

L'origine du TOC est multifactorielle. Les connaissances actuelles suggèrent une vulnérabilité génétique pour la maladie (gènes codant pour des protéines des systèmes sérotoninergique et dopaminergique notamment). Les facteurs environnementaux restent quant à eux extrêmement mal connus.

5. LE PRONOSTIC ET L'ÉVOLUTION

En l'absence de prise en charge, l'évolution tend à être péjorative, la mise en place d'évitements de plus en plus importants entraînant un isolement social. Les principales complications sont l'épisode dépressif caractérisé et les troubles liés à l'usage de substance.

Chez l'enfant et l'adolescent, le TOC peut être associé aux autres troubles anxieux, aux troubles de l'humeur (épisode dépressif caractérisé), aux troubles des conduites alimentaires (anorexie mentale), ainsi qu'aux tics chroniques, au syndrome de Gilles de la Tourette et aux autres troubles du neurodéveloppement (cf. **Items 55 et 67**).

6. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

6.1. Traitement non pharmacologique

6.1.1. Éducation thérapeutique

L'**éducation thérapeutique** a une place primordiale dans la prise en charge. Le TOC est un trouble chronique souvent considéré par les patients comme honteux et inquiétant (« je deviens fou »), ce qui explique en partie le retard de diagnostic souvent important.

Les objectifs de l'éducation thérapeutique sont :

- * rassurer le patient sur le fait qu'il ne va pas perdre le contrôle ou devenir fou ;
- * nommer le trouble, souligner sa tendance à la chronicité sans prise en charge, l'impact fonctionnel qu'il peut entraîner ;
- * insister sur l'existence de traitements médicamenteux efficaces, leur délai d'action important (6 à 12 semaines), la nécessité d'utiliser des posologies élevées, le rôle limité des anxiolytiques dans la prise en charge au long cours ;
- * expliquer la nécessité de réaliser les exercices de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) en dehors des séances ;
- * rencontrer l'entourage afin d'expliquer le trouble et impliquer les proches dans la prise en charge. Il est essentiel d'informer l'entourage sur l'importance de ne pas participer aux rituels, ne pas faciliter l'évitement, ne pas répondre aux demandes de réassurances répétées qui peuvent contribuer au maintien du trouble.

6.1.2. Psychothérapie

Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) ont fait la preuve de leur efficacité dans les TOC (environ 50 % de patients répondeurs). Chez l'enfant et l'adolescent, la TCC est recommandée en première intention.

La méthode de référence est l'exposition avec prévention de la réponse (approche comportementale). Elle consiste à exposer le patient aux conditions qui déclenchent les obsessions (exposition in vivo et en imagination), à empêcher toute compulsion (observable ou mentale), à apprendre au patient à faire face à l'anxiété, à apprivoiser les émotions suscitées par les obsessions et à développer son sentiment d'efficacité personnelle face à celles-ci. Cette technique consiste donc à confronter progressivement le patient aux stimuli anxiogènes (idées ou représentations obsédantes) sans recourir à ses rituels qui sont conçus comme des stratégies d'évitement de l'anxiété.

6.2. Traitement pharmacologique

6.2.1. Traitement pharmacologique de fond

Les **antidépresseurs** du type **inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine** (ISRS) ont une efficacité démontrée dans le TOC chez l'adulte comme chez l'enfant et l'adolescent (cf. **Item 74**). Cette efficacité nécessite des **posologies élevées** (souvent le double de la posologie recommandée dans l'épisode dépressif caractérisé) et présente un délai d'apparition plus important que pour la dépression (6 à 12 semaines). Chez l'enfant et l'adolescent, ils sont indiqués en cas d'échec du traitement non pharmacologique seul.

6.2.2. Traitement pharmacologique ponctuel en cas de manifestations anxieuses intenses et invalidantes

Les anxiolytiques sont un palliatif pour diminuer l'anxiété. Ils ne réduisent ni les obsessions, ni les rituels. Leur utilisation doit rester ponctuelle.



POUR APPROFONDIR

Haute autorité de santé. *Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle* – 2005.