

Hélène Barbarit-Thomas

Cabinet libéral - 2 rue Haute Foulerie - 91 410 Dourdan

CHSE - 2 rue du Potelet - BP 102 - 91415 Dourdan Cedex

« Jeter Pour Mieux Fonctionner » :
la thérapie de Monsieur F.,
accumulateur compulsif
et personnalité schizotypique



Mémoire de troisième année

AFTCC - Année 2017/2018

*A Monsieur F. qui m'a fait remarquer un jour que ses initiales formaient un acronyme
auquel il avait donné la signification suivante : « Je Peux Mieux Faire ».*

*Je lui propose une signification alternative : « Jeter Pour Mieux Fonctionner »
qui sera, je l'espère, plus adaptée à sa nouvelle vie.*

*A Marie-Madeleine et Marie-Jeanne,
accumulatrices compulsives qui auront toujours une place dans mon coeur,
quelqu'en soit l'encombrement.*

*“En général, on ne demande de conseils, disait-il, que pour ne pas les suivre ; ou si on les a
suivis, que pour avoir quelqu'un à qui l'on puisse faire le reproche de les avoir donnés.”*

Alexandre Dumas, Les Trois Mousquetaires

TABLE DES MATIÈRES

Table des matières	- 3 -
Table des illustrations.....	- 5 -
Résumé	- 6 -
Cadre de Travail	- 6 -
Consentement et confidentialité	- 6 -
Choix méthodologiques.....	- 6 -
Motif de consultation	- 7 -
Anamnèse	- 7 -
Histoire de vie.....	- 7 -
Présentation de Monsieur F.	- 8 -
Histoire de l'épisode actuel	- 11 -
Histoire du trouble	- 11 -
Histoire prodromique et facteurs de risque.....	- 13 -
Démarche diagnostique	- 13 -
Hypothèses diagnostiques : critères DSM-5.....	- 13 -
Discussion des diagnostics différentiels	- 14 -
Cadre théorique	- 15 -
Le cadre conceptuel de la schizotypie	- 15 -
Processus neurocognitifs dans la schizotypie	- 16 -
La syllogomanie : un TOC à part entière ?.....	- 17 -
Le traitement du trouble d'accumulation compulsive en TCC.....	- 18 -
Lignes de base	- 20 -
Echelles d'évaluation psychopathologique	- 20 -
Echelles d'évaluation neuropsychologique	- 21 -
Echelles d'évaluation du trouble d'accumulation compulsive	- 22 -
Bilan des évaluations	- 24 -
Analyse fonctionnelle.....	- 28 -
Grille SECCA (Cottraux, 1995)	- 28 -

Lien avec la démarche thérapeutique	31 -
Analyse de la demande et contrat thérapeutique	33 -
Mise en perspective du motif de la consultation au regard de l'analyse fonctionnelle	33 -
Contrat thérapeutique et plan de la thérapie	33 -
Déroulement de la thérapie	34 -
Nombre de séances réalisées et modalités	34 -
Techniques utilisées.....	34 -
Présentation de séances	36 -
Sentiment d'efficacité personnelle du patient	42 -
Précautions techniques et logistiques	42 -
Conclusion sur le ressenti du thérapeute	43 -
Conclusion.....	45 -
Epilogue	46 -
Bibliographie	47 -
Annexes	51 -
Liste des abréviations utilisées	52 -
Détail des scores aux évaluations	53 -
Balance décisionnelle des avantages et inconvénients des logements	57
Support de psychoéducation à la syllogomanie.....	58
Tableau des arguments pour et contre	61
Fiches de psychoéducation "Quel accumulateur êtes-vous ?"	62
Fiche d'évaluation de la séance par le thérapeute	64
Fiche d'évaluation de la séance par le patient.....	65
Extrait d'un entretien à l'issue de l'hospitalisation (période 1).....	66
Extrait d'un entretien après l'hospitalisation (période 2)	75

TABLE DES ILLUSTRATIONS

Figure 1. Analyse fonctionnelle synchronique de Monsieur F. (grille SECCA)	- 29 -
Figure 2. Analyse fonctionnelle diachronique	- 30 -
Figure 3. Schéma du maintien de l'accumulation compulsive chez Monsieur F.....	- 31 -
Figure 4. Modélisation ABC des croyances de Monsieur F. en situation exceptionnelle...	- 32 -
Figure 5. Modélisation ABC des croyances de Monsieur F. en situation ordinaire	- 32 -
Figure 6. Plan de la thérapie et techniques cognitivo-comportementales utilisées.....	- 34 -
Figure 7. Les cartes psychoéducatives "quel accumulateur êtes-vous ?".....	- 36 -
Figure 8. Monsieur F. dans le cercle du changement de Prochaska et Di Clemente.....	- 37 -
Figure 9. Balances décisionnelles de Monsieur F.	- 39 -
Figure 10. Tableau des arguments pour / arguments contre	- 39 -
Figure 11. Les cartes psychoéducatives "Quel accumulateur êtes-vous ?" version 2.0.....	- 40 -
Tableau 1. Score de Monsieur F. à la Y-BOCS	- 25 -
Tableau 2. Ratio de réponses correctes de Monsieur F. au test des faux-pas	- 26 -
Tableau 3. Scores de Monsieur F. au Hoarding Rating Scale.....	- 26 -
Tableau 4. Scores de Monsieur F. à l'ADL-H	- 27 -
Tableau 5. Scores de Monsieur F. au SI-R.....	- 27 -
Tableau 6. Scores de Monsieur F. au SCI.....	- 27 -
Tableau 7. Scores de Monsieur F. au Clutter Image Rating	- 28 -
Tableau 8. Structuration des séances de thérapie et techniques utilisées.....	- 35 -
Tableau 9. Pyramide des besoins de Maslow et lieux de vie	- 38 -
Tableau 10. Calcul de probabilité d'un événement, d'après M. Bouvard (2006, 2011).....	- 41 -

RÉSUMÉ

Ce mémoire retrace le parcours thérapeutique de Monsieur F., un patient accumulateur compulsif présentant une personnalité schizotypique. Débutée lors d'une hospitalisation pour incurie, la thérapie va se poursuivre en ambulatoire avec pour objectif le traitement du trouble d'accumulation compulsive.

CADRE DE TRAVAIL

J'ai rencontré Monsieur F. dans le cadre de ma pratique hospitalière où j'interviens en tant que psychologue et neuropsychologue, en transversal des pôles de médecine, chirurgie et obstétrique. L'hôpital est installé sur deux sites qui comportent chacun un service d'urgence, des lits de médecine et de chirurgie, une unité de soins de suite et réadaptation, une filière gériatrique ainsi que des lits réservés aux patients en Etat Végétatif Chronique Et Pauci Relationnel. Le pôle mère-enfant regroupe un Centre Périnatal de Proximité, une maternité, un service de pédiatrie et de néonatalogie. Un pôle d'imagerie et deux laboratoires composent le plateau technique. Depuis 2015, l'établissement adhère au Groupement Inter-Régional de Recherche Clinique et d'Innovation d'Ile-de-France, ce qui lui permet de bénéficier d'un soutien méthodologique pour ses projets de recherche expérimentale.

CONSENTEMENT ET CONFIDENTIALITÉ

Monsieur F. a donné son consentement pour que soit utilisé et reproduit dans le cadre de ce mémoire l'ensemble des données autobiographiques, cliniques et psychométriques recueillies lors des séances de thérapie. Afin de préserver la confidentialité du patient, ses initiales ainsi que toutes les informations susceptibles de permettre son identification ont été modifiées.

CHOIX MÉTHODOLOGIQUES

Par souci de concision, ce mémoire n'aborde pas l'hypothèse d'une hypodopaminergie corticale dans la schizotypie : sur ce sujet, se référer aux travaux de Larry J. Siever. Les échelles de dérapage cognitif et d'ambivalence schizotypique traduites en français et validées par Yon, Loas et Monestès et publiées par L'Encéphale en 2007 n'ont pas été utilisées ici. C'est la continuité que je donnerai à ce travail sur l'accumulation compulsive dans la schizotypie si j'en ai la possibilité.

MOTIF DE CONSULTATION

Monsieur F. est adressé pour évaluation psychologique et prise en charge thérapeutique par le médecin interniste qui valide son admission en Service de Soins de Suite et Réadaptation. Monsieur F. a été admis aux urgences quelques jours plus tôt pour incurie et surinfection d'un ulcère. Une précédente hospitalisation avait conduit à un placement en Foyer Logement et à la mise en place d'une mesure de curatelle l'année précédente.

ANAMNÈSE

HISTOIRE DE VIE

RELATIONS FAMILIALES ET SENTIMENTALES

Monsieur F. est âgé de 70 ans. Célibataire sans enfant, il vit seul à domicile. Ses parents sont décédés depuis vingt ans. Son père, qui a toujours représenté un modèle pour Monsieur F., succombe le premier à un infarctus. Sa mère meurt dix ans plus tard, des suites d'une pneumopathie. La famille de Monsieur F. se réduit désormais à une soeur de 56 ans qui habite en province. Ses parents et sa soeur sont les seules personnes avec lesquelles il ait vécu.

ENVIRONNEMENT

Suite à une première hospitalisation en 2016, Monsieur F. a quitté son pavillon devenu insalubre. Il a été provisoirement relogé au foyer communal qu'il a quitté après six mois pour des raisons économiques, le loyer étant trop élevé. Malgré des ressources confortables, Monsieur F. a accumulé des dettes qu'il liquide progressivement avec l'aide de sa curatrice. Après avoir quitté le foyer communal, Monsieur F. s'est installé dans un gîte rural qu'il loue au mois, pour un coût plus faible. Dans ce nouveau logement, il bénéficie d'un confort relatif, le gîte étant petit, peu accessible et envahi par les insectes à partir du printemps. A sa sortie de l'hôpital, le retour au gîte de Monsieur F. a nécessité l'intervention d'une entreprise de nettoyage professionnelle. La direction du foyer communal a refusé de reprendre le patient, du fait de son comportement d'accumulation. Monsieur F. reste propriétaire de son pavillon. Il a comme projet de le mettre en vente, ce qui suppose une nouvelle intervention de l'équipe de nettoyage ainsi que la mise en oeuvre d'importants travaux de rénovation que Monsieur F. n'a, pour le moment, pas les moyens d'entreprendre.

ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Diplômé d'un baccalauréat, Monsieur F. a terminé avec succès des études supérieures en comptabilité et gestion financière. Il possède un très bon niveau de culture générale. Fonctionnaire de l'Etat, Monsieur F. a fait toute sa carrière à Paris. Il est en retraite depuis dix ans. Son père travaillait dans la même institution. Monsieur F. se déplaçait par le train, ne prenant sa voiture que pour de courts trajets. La vie au travail lui donnait satisfaction, à l'exception d'un épisode de harcèlement survenu en fin de carrière où Monsieur F. aurait été victime de moqueries répétées de la part de collègues qui prenaient plaisir à critiquer sa tenue vestimentaire et l'étrangeté de son comportement.

PRÉSENTATION DE MONSIEUR F.

ENTRÉE EN RELATION

L'entrée en relation est de bonne qualité bien que Monsieur F. évite tout contact physique. Il refuse la poignée de main proposée en début de séance et clôt les rencontres par une révérence qui lui tient lieu de salutation d'au revoir. Son regard, légèrement évitant au début de la prise en charge, devient plus franc au fil des séances. Sa présentation oscille selon les jours entre une apparente négligence que renforce le port de la casaque hospitalière, et une élégance vestimentaire inhabituelle dans ce contexte de soin. Dans les deux cas, l'allure de Monsieur F. détonne dans le paysage hospitalier et tend à le stigmatiser auprès des équipes soignantes. Sa syntaxe soignée et son vocabulaire recherché contribuent au sentiment d'étrangeté qui se dégage de la première rencontre. L'expression orale est marquée par la logorrhée verbale et par un léger maniérisme. Monsieur F. apprécie particulièrement de décrire ses idées par des néologismes inventifs et subtils. Le délai de réponse court et la durée prolongée de l'énoncé nécessitent un style directif dans les entretiens.

THYMIE ET ANXIÉTÉ

L'humeur est euthymique, discrètement exaltée lorsque des événements viennent perturber le quotidien très ritualisé du patient. Monsieur F. exprime une crainte intermittente de rester seul pour sa fin de vie. Il s'inquiète également de son relogement au début de son hospitalisation. Cette inquiétude s'apaise avec la prise en charge pluridisciplinaire. Monsieur F. ne présente pas de manifestation dépressive. Son humeur est stable.

CONDUITES INSTINCTUELLES

Le sommeil est satisfaisant. Durant son séjour à l'hôpital, Monsieur F. dort en chambre double. Il prend soin de prendre son traitement le soir, ce qui lui permet de passer une nuit reposante malgré la promiscuité.

L'appétit est préservé et le poids est stable. Du fait de la perturbation chronique de son fonctionnement intestinal, le patient se montre exigeant quant aux aliments qui composent son menu.

Monsieur F. mène une vie ascétique, s'efforçant de réprimer ses pulsions sexuelles et de contrôler ses pensées érotiques. Il ne pratique pas la masturbation qu'il perçoit comme contraire à ses convictions religieuses. Son orientation sexuelle est nettement hétérosexuelle : Monsieur F. aime à se définir comme un "féminophile" mais il n'entretient pas de sexualité dyadique. Il a connu quelques relations brèves mais la sexualité est globalement peu investie.

ETAT GÉNÉRAL ET SYMPTÔMES SOMATIQUES

A l'admission, Monsieur F. présente des plaies ulcérées qui résultent d'une hygiène médiocre. Ayant cherché à soigner par lui-même un oedème lymphatique chronique, le patient est arrivé à l'hôpital avec des pansements infectés dans lesquels grouillaient des asticots.

Infecté de longue date par un candida albicans, Monsieur F. présente une perturbation chronique de son transit intestinal, marquée par une alternance d'épisodes de constipation et de violentes diarrhées éruptives qui surviennent de manière intempestive, parfois au cours des séances.

Atteint d'une scoliose congénitale, le patient adopte à la station verticale une posture voûtée qui n'altère pas sa mobilité mais accentue l'étrangeté de son allure : il marche à petits pas, d'une foulée rapide et énergique, jetant de droite et de gauche des regards circonspects.

USAGE DE SUBSTANCES

Monsieur F. ne consomme ni tabac, ni alcool, ni aucun produit stupéfiant. Son obsession pour son fonctionnement somatique fait qu'il s'est toujours tenu à l'écart des produits pouvant potentiellement altérer sa santé. Il évite tout contact avec des substances susceptibles de dégager des solvants ou des vapeurs toxiques.

Monsieur F. présente une personnalité schizotypique caractérisée par la bizarrerie des comportements, le retrait social, l'originalité du discours et l'égocentration de la pensée. La représentation de soi est caractérisée par une surestimation de ses compétences langagières et de ses capacités intellectuelles qui contribue à alimenter une estime de soi élevée mais développée uniquement autour de cette polarité intellectuelle. Les traits de personnalité dominants de Monsieur F. sont le perfectionnisme, l'ambivalence et la difficulté à prendre des décisions, la tendance à l'évitement et à la procrastination.

L'interrogatoire retrouve des perceptions étranges ou inhabituelles, facilement associées aux croyances religieuses : par exemple, une légère dilatation du soleil lors des prières et louanges auxquelles Monsieur F. s'adonne quotidiennement. La pensée magique est très présente : Monsieur F. perçoit des signes, en général issus de la nature, tels le chant d'un oiseau ou un rayon de soleil, qu'il interprète comme des messages personnels en lien avec sa pensée du moment. Ces perceptions alimentent des croyances non critiquées en ses qualités propres de divination, de prédiction et de télépathie.

L'expression émotionnelle, bien que légèrement abrasée, est adéquate la plupart du temps, à l'exception de quelques rires immotivés ou peu partageables. Le langage oral est marqué par un discours digressif et maniéré, volontiers métaphorique et doté d'une certaine élégance. Monsieur F. possède une passion pour les acronymes : il aime à se définir comme un CADD0, un Collectionneur Archiviste Documentaliste Dossériste.

Le style d'attachement est évitant. Solitaire depuis l'enfance, Monsieur F. justifie son isolement actuel par l'encombrement de son domicile qui entrave toute vie sociale ou familiale. La solitude du patient s'est accentuée après le décès de ses parents chez qui il passait tous ses week-ends. Depuis quinze ans, Monsieur F. n'invite plus personne à entrer chez lui. Les échanges avec sa soeur se font par téléphone ou dans des lieux extérieurs. Il se montre gêné d'apprendre qu'elle et sa curatrice ont visité le gîte durant son hospitalisation et que des photos ont été prises.

Durant son séjour à l'hôpital, Monsieur F. se montre capable de nouer des relations privilégiées, en particulier avec une patiente qui recherche sa compagnie et qui présente elle-même un syndrome frontal atypique. Il acceptera de lui donner un baiser d'au revoir à son départ de l'hôpital.

Les relations interpersonnelles restent asymétriques, Monsieur F. se donnant volontiers un statut supérieur et revendiquant une place de “conseiller spirituel” vis-à-vis des autres patients. A l’extérieur, le sentiment de vulnérabilité est davantage prégnant avec une crainte discrète mais omniprésente de l’agression.

ACTIVITÉ PHYSIQUE ET SPORTIVE

Monsieur F. ne pratique aucune activité sportive formalisée mais il exécute chaque matin une série de flexions au pied de son lit qui contribuent selon lui à préserver son fonctionnement musculo-squelettique et à ralentir l’évolution de sa scoliose congénitale.

COGNITION

Le fonctionnement cognitif est opérant. Le style cognitif est marqué par des ruminations mentales et des distorsions cognitives fréquentes. Monsieur F. se montre fier de ses connaissances dans des domaines variés tels que l’écologie, la religion ou la géopolitique et il n’exprime pas de plainte cognitive. Parfaitement orienté dans le temps et dans l’espace, Monsieur F. arrive souvent aux séances avec un léger retard, du fait des nombreux rituels qu’il doit effectuer avant de quitter la chambre. En entretien individuel comme en atelier, il se montre attentif et peu distractible.

HISTOIRE DE L’ÉPISODE ACTUEL

Monsieur F. est admis aux urgences en septembre 2017 pour incurie et ulcère surinfecté. Avec des soins adaptés, l’évolution des plaies est rapidement favorable. Dans le service, Monsieur F. présente un comportement adapté. Le service social est sollicité pour évaluer la situation au domicile et faire le lien avec la curatrice. Un avis psychiatrique et psychologique est demandé. Durant son séjour, Monsieur F. se montre courtois avec le personnel comme avec les patients. Il faut parfois négocier pour qu’il accepte de prendre sa douche. La prise des traitements est surveillée car le patient fractionne les prises pour éviter toute interaction médicamenteuse.

HISTOIRE DU TROUBLE

HOSPITALISATION ANTÉRIEURE

En 2016, Monsieur F. a été hospitalisé une première fois pour des ulcères suintants.

Le psychiatre a prescrit un traitement par Risperdal et préconisé un suivi au CMP. Monsieur F. a été expertisé et placé sous curatelle. L'incurie du lieu de vie a nécessité un relogement du patient à sa sortie. Les soins à domicile ont été interrompus une fois les plaies du patient propres et fermées.

Le suivi au CMP n'a pas été poursuivi après le départ en retraite du psychiatre référent : plusieurs rendez-vous ont été annulés et Monsieur F. n'a pas entamé de démarches pour se mettre en contact avec le nouveau praticien attribué par l'équipe. Le traitement par Risperdal n'a donc plus été renouvelé.

ANTÉCÉDENTS PSYCHIATRIQUES

Monsieur F. n'a jamais bénéficié de suivi psychiatrique avant sa première hospitalisation en médecine. Aucun épisode délirant ou hallucinatoire n'a été rapporté.

PRODROMES

L'accumulation compulsive débute à la quarantaine. Aucun comportement compulsif n'est rapporté dans l'enfance, ni à l'adolescence. A l'âge adulte, Monsieur F. habite d'abord un appartement de deux pièces, puis un trois pièces. Au décès de son père, sa soeur hérite de la maison parentale et Monsieur F. touche une somme équivalente. La succession s'établit ainsi d'un commun accord. Avec l'argent, Monsieur F. fait l'acquisition d'une maison de 6 pièces avec sous-sol total. Dans l'année qui suit, Monsieur F. commence à perdre le contrôle sur son trouble : il équipe son sous-sol de tréteaux et commence à entreposer sa documentation. Il accumule essentiellement des journaux, des livres et des magazines. Ces achats représentent une dépense importante : jusqu'à cent euros par semaine. L'amasement empire de façon proportionnelle à l'espace dont dispose désormais le patient. Après la deuxième année dans son pavillon, Monsieur F. cesse totalement de recevoir des gens chez lui. Le décès de sa mère dix ans plus tard le plonge dans une solitude totale car le patient continuait à passer les week-ends chez elle. Une fois en retraite, Monsieur F. perd tout ancrage social.

TRAITEMENT MÉDICAMENTEUX ACTUEL

Monsieur F. bénéficie actuellement d'un traitement par Risperdal à dose de 2 mg par jour. Il ne prend pas d'autre traitement, à l'exception de probiotiques.

HISTOIRE PRODROMIQUE ET FACTEURS DE RISQUE

ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Monsieur F. ne présente pas d'autres antécédents que ceux précédemment mentionnés. Son état général est satisfaisant. Son taux de PSA, légèrement augmenté, est recontrôlé durant le séjour hospitalier et des explorations complémentaires sont réalisées par précaution.

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Le père et la mère de Monsieur F. avaient tous les deux tendance à l'accumulation de papiers, la grand-mère maternelle également. Le patient les décrit comme prenant plaisir à découper des articles dans les journaux et à les archiver. Il se souvient du bureau de son père, toujours très encombré. Sa soeur ne présente pas de pathologie particulière. Elle est mariée, mère de deux enfants et trois petits-enfants et travaille à temps plein dans le domaine de la finance internationale.

FACTEURS DE RISQUE

Le trouble d'accumulation compulsive constitue en soi un facteur de risque car il représente un danger sanitaire (incurie du logement et négligence du patient), sécuritaire (risque d'incendie généré par l'accumulation de papier) et social (isolement du patient).

La schizotypie représente un facteur de risque psychiatrique, aggravé par la non observance du traitement en dehors des hospitalisations. Le patient reste susceptible de décompenser un épisode délirant ou d'entrer dans une phase de négligence extrême de ses besoins fondamentaux.

DÉMARCHE DIAGNOSTIQUE

HYPOTHÈSES DIAGNOSTIQUES : CRITÈRES DSM-5

Monsieur F. présente les symptômes d'un trouble de la personnalité schizotypique. Il présente également des traits obsessionnels marqués avec souci du détail, perfectionnisme et rigidité mentale.

Monsieur F. répond aux critères d'une thésaurisation pathologique. L'inventaire des objets amassés montre qu'il s'agit bien d'une syllogomanie et non d'un collectionnisme : chez Monsieur F., il n'existe pas de hiérarchisation des objets mais bien une simple accumulation.

Dans les comorbidités, on note un trouble obsessionnel compulsif, caractérisé par des obsessions à thématique de contamination et de somatisation, ainsi que des obsessions à thématique sexuelle, religieuse et agressive. Parmi les compulsions, on retrouve essentiellement des rituels de lavage, de vérification et de purification qui s'ajoutent à l'accumulation compulsive. Il existe également une obsession pour la dysmorphie corporelle qui s'accompagne de rituels de vérification et de lavage au niveau des mains et du sexe. Monsieur F. ne présente pas de trichotillomanie ou de trouble d'excoriation. L'ensemble des troubles s'accompagne d'un insight faible.

DISCUSSION DES DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

SCHIZOTYPIE VERSUS PERSONNALITÉ SCHIZOÏDE

Bien que solitaire et limité dans ses compétences sociales, Monsieur F. se montre capable d'apprécier les relations aux autres et semble même les rechercher durant son hospitalisation. La sexualité, bien que peu investie dans la réalité, constitue une préoccupation mentale pour le patient qui souhaiterait former un couple. Monsieur F. exprime son plaisir à réaliser certaines activités de groupe, notamment l'atelier de remédiation cognitive. Il se montre sensible aux compliments et au renforcement positif. Le diagnostic de personnalité schizoïde n'est pas retenu.

SYNDROME DE DIOGÈNE OU SYLLOGOMANIE ?

Le trouble d'accumulation compulsive a donné lieu à de multiples dénominations. Le DSM-5 a retenu l'appellation de thésaurisation pathologique ou syllogomanie que nous utiliserons ici en alternance avec celle d'accumulation compulsive. Dans la littérature, le syndrome de Diogène forme une entité transdiagnostique aux contours flous. En gériatrie, il est souvent décrit comme comorbide d'une démence, en particulier fronto-temporale. Le bilan de Monsieur F. ayant écarté toute pathologie démentielle, le terme de syllogomanie a été préféré à celui de syndrome de Diogène, trop ambigu. La comorbidité d'un trouble obsessionnel compulsif et d'une obsession pour la dysmorphie corporelle contribuent à valider ce cadre diagnostique.

RAPPEL HISTORIQUE

La schizotypie est une entité diagnostique complexe, perçue par certains auteurs comme une forme atténuée de schizophrénie, constituant une phase prodromique ou prémorbide de la maladie (Raine, 2006). D'autres auteurs la considèrent davantage comme un spectre allant du normal au pathologique et définissent la schizotypie comme une organisation de la personnalité constituée de traits cognitifs, comportementaux et émotionnels particuliers, distribués au sein de la population générale selon un continuum dynamique (Claridge, 1997).

Le terme de schizotypie est attribué à Sandor Rado qui condense en 1953 les termes de schizophrénie et de phénotype pour créer une entité qu'il définit comme un trouble de la personnalité rendant le sujet plus vulnérable au développement ultérieur d'une schizophrénie (Adès, 2007).

Les travaux de Spitzer et Endicott sur la schizotypie inspireront les critères de définition du trouble dans le DSM-III, en 1980. Kenneth Kendler s'attachera à définir les traits de personnalité schizotypique : tendance à l'isolement, perturbations du contact, dépendance et émotivité, perception déformée de la réalité et possible réaction psychotique en cas de stress aigu (Kendler, 1985).

Paul E. Meehl développera un modèle intégratif développemental complexe de la schizotypie, établissant l'existence de quatre facteurs principaux définis comme suit : dérapages cognitifs (slipping), ambivalence, anhédonie et aversion pour les relations interpersonnelles. L.J. Chapman et J.P. Chapman poursuivront ces travaux en développant des échelles investiguant les différentes dimensions de la schizotypie : anhédonie physique et sociale, idéation magique, aberrations perceptives et distorsions cognitives (Adès, 2007).

Adrian Raine mettra au point le SPQ en 1991 : un questionnaire de personnalité schizotypique destiné à dépister la schizotypie chez les patients et leurs apparentés (Raine, 1991).

PRÉVALENCE DU TROUBLE, ÉVOLUTION ET COMORBIDITÉ

La schizotypie toucherait 2 à 3% de la population générale.

Les hommes seraient surreprésentés dans le trouble schizotypique et on noterait une forte agrégation familiale avec la schizophrénie (Krebs, Martinez, & Guelfi, 2013). 30 à 50% des patients schizotypiques présenteraient au cours de leur vie un épisode dépressif majeur et 30% connaîtraient des épisodes psychotiques transitoires. L'évolution vers une schizophrénie établie concernerait environ un patient sur cinq.

La comorbidité avec un autre trouble de la personnalité est fréquente, notamment avec les personnalités schizoïde, paranoïaque, borderline et évitante (Adès, 2007). Les troubles de la personnalité seraient davantage représentés dans le trouble de l'accumulation d'objets où on retrouverait une plus forte prévalence de personnalités compulsive, paranoïde, schizoïde, schizotypique, limite et narcissique que dans la population générale (Frost R. O., Steketee, Williams, & Warren, 2000).

PROCESSUS NEUROCOGNITIFS DANS LA SCHIZOTYPIC

NEUROPSYCHOLOGIE ET DONNÉES DE L'IMAGERIE CÉRÉBRALE

La schizotypie serait associée à un élargissement des sillons cérébraux corticaux et un élargissement des ventricules latéraux (Cannon, Mednick, & Parnas, 1994). L'imagerie à résonance magnétique a montré une hypoactivation du cortex préfrontal chez les sujets schizotypiques lors de tâches exécutives de type Wisconsin Card Sorting Test. Une corrélation a été établie entre un score élevé aux échelles de schizotypie, un nombre important d'erreurs persévératives au WCST et une diminution du volume de l'aire préfrontale.

SCHIZOTYPIC ET COGNITION SOCIALE

Les études menées dans le domaine de la cognition sociale montrent que les sujets schizotypiques présentent des difficultés dans le traitement de l'information sociale. Ces difficultés pourraient expliquer leur isolement progressif et contribuer à l'évolution péjorative de leur trouble (Del Goleto & Kostova, 2016). Les perturbations peuvent concerner les cinq grands domaines de la cognition sociale : la théorie de l'esprit que l'on peut définir comme la capacité à attribuer un état mental à autrui, le traitement des émotions, le style attributionnel que l'on peut résumer comme l'interprétation du rôle causal joué par les événements de vie négatifs ou positifs, la perception sociale c'est-à-dire la capacité à identifier les règles et les rôles sociaux et à prendre en compte le contexte, et enfin les connaissances sociales qui regroupent les rôles, les règles et les buts guidant les interactions avec les autres.

SCHIZOTYPIE ET PROCESSUS INFÉRENTIELS

La schizotypie entretient des liens étroits avec la confusion inférentielle qui correspond à une perturbation spécifique du raisonnement. Le sujet en proie à la confusion inférentielle va nier les preuves issues de la réalité au profit d'une possibilité purement hypothétique, puis il va maintenir cette interprétation en dépit des preuves du contraire qu'il peut rencontrer. La confusion inférentielle va jouer un rôle majeur dans le doute obsessionnel. Or, on sait que les personnes présentant des traits de schizotypie cognitive, en particulier des perceptions inhabituelles et une pensée magique, sont davantage susceptibles de développer des troubles obsessionnels compulsifs (Aardema, Kleijer, Trihey, & O'Connor, 2006).

LA SYLLOGOMANIE : UN TOC À PART ENTIÈRE ?

UNE COMORBIDITÉ NON EXHAUSTIVE

Obsessions et compulsions forment un socle commun aux troubles obsessionnels compulsifs et au trouble d'accumulation compulsive (TAC). Des symptômes de syllogomanie seraient présents chez 25 à 35% des personnes atteintes de TOC, suggérant une relation étroite entre ces deux troubles (Frost, Krause, & Steketee, 1996; Rasmussen & Eisen, 1992).

Pour autant, les études récentes semblent indiquer que le TOC ne serait qu'une possible comorbidité de la syllogomanie, sans en être la plus fréquente. Les troubles de la personnalité seraient tout autant représentés (Pertusa, et al., 2010).

Sur le plan psychopathologique, les accumulateurs purs présenteraient moins de stress, moins de symptômes anxieux et dépressifs que les accumulateurs avec comorbidité obsessionnelle (Grisham, Brown, Liverant, & Campbell-Sills, 2005).

DONNÉES ANATOMIQUES ET NEUROPSYCHOLOGIQUES

Les accumulateurs compulsifs présenteraient des perturbations cérébrales intéressant spécifiquement le cortex cingulaire antérieur et l'insula (Tolin, et al., 2012). Le processus de prise de décision serait perturbé ainsi que le circuit de la récompense, se rapprochant ainsi du mécanisme de l'addiction.

Chez les accumulateurs compulsifs, le déficit exécutif prédominerait au niveau de la prise de décision, de l'organisation, de la planification, de la résolution de problèmes et de la catégorisation. Une utilisation moins efficace des stratégies de récupération en mémoire et un

rappel différé plus faible seraient constatés. Des difficultés attentionnelles intéressant essentiellement l'attention soutenue et l'attention spatiale seraient observées. Une moindre efficacité à détecter les stimuli cibles serait retrouvée ainsi qu'une forte impulsivité (Grisham, Brown, Liverant, & Campbell-Sills, 2005).

Une étude menée sur 385 étudiants tend à montrer que les croyances sous-jacentes au TOC sont différentes des cognitions dysfonctionnelles propres au trouble d'accumulation compulsif et qu'elles ont une faible valeur prédictive concernant l'apparition ultérieure d'un TAC (Wheaton, Abramowitz, Fabricant, Berman, & Franklin, 2011). Les auteurs plaident par conséquent en faveur d'une distinction des deux entités au plan cognitif.

UNE CAUSALITÉ MULTIFACTORIELLE

Les hypothèses étiologiques concernant les facteurs cognitifs et émotionnels susceptibles d'expliquer le comportement d'accumulation compulsive privilégient quatre pistes (Frost & Hartl, 1996) :

1. celle d'un déficit du traitement de l'information aboutissant à un fonctionnement idiosyncratique,
2. celle d'un attachement émotionnel inadéquat marqué par le développement d'une hypersensibilité envers les possessions matérielles,
3. celle d'un évitement comportemental et du maintien de cognitions dysfonctionnelles relatives à l'anticipation de conséquences négatives si les patients se débarrassent de leurs biens,
4. celle du besoin de garder le contrôle sur leurs possessions, rendant impossible la délégation du désencombrement à un tiers.

LE TRAITEMENT DU TROUBLE D'ACCUMULATION COMPULSIVE EN TCC

MODÉLISATION COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DU TAC

Frost et Hautekeer nous proposent une modélisation centrée sur les trois causes explicatives qui interagissent entre elles :

- un déficit des fonctions exécutives qui s'actualise par des perturbations dans la prise de décision, l'organisation, la catégorisation, les stratégies de récupération en mémoire,

- des croyances dysfonctionnelles autour de l'usage des objets ou de la responsabilité du sujet,
- un cycle auto-renforçant entre l'acquisition de nouveaux objets qui procure des émotions positives et la conservation des anciens qui évite au sujet de ressentir des émotions négatives telles que la tristesse, la honte ou la culpabilité.

LES THÉRAPIES DU TROUBLE DE L'AMASSEMENT COMPULSIF

Les techniques classiques d'exposition avec prévention de la réponse connaîtraient des résultats limités dans le TAC (Steketee & Tolin, 2011). La TCC ciblée sur l'organisation, la prévention de l'acquisition et le désencombrement fonctionnerait bien chez les accumuleurs compulsifs résistants au traitement médicamenteux (Tolin, Frost, & Steketee, 2007).

La thérapie individuelle ciblerait les cognitions dysfonctionnelles liées à l'anticipation des conséquences négatives du tri des objets, en mettant l'accent sur la nature irréaliste des croyances de l'accumulateur.

Un traitement multimodal proposant une thérapie à la fois individuelle et collective a été expérimenté en 2000. Les séances de groupe associaient un programme de psychoéducation sur la syllogomanie, un entraînement à la prise de décision et à l'organisation, des séances de restructuration cognitive et un volet d'exposition comportementale.

L'approche collective gagnerait en efficacité dans les tâches de renoncement (tri des objets), du fait de la pression et du support social apporté par le groupe. On peut également faire l'hypothèse d'un apprentissage par modeling de compétences non acquises au départ de la thérapie. Les résultats se sont avérés encourageants avec des scores à la Y-BOCS diminués de 16 à 35% en post-thérapie (Steketee, Frost, Wincze, Greene, & Douglass, 2000; Saxena, Maidment, Vapnik, & Golden, 2002).

SPÉCIFICITÉ DE LA THÉRAPIE DANS LE TAC : LIMITES ET PERSPECTIVES

Ces résultats peuvent pourtant apparaître décevants, si on les compare avec ceux obtenus dans la TCC des TOC. Les accumuleurs compulsifs mettent souvent fin prématurément à la thérapie. Ils adoptent fréquemment des comportements et des cognitions contre-productifs.

Leur motivation et leur compliance aux exercices seraient réduites, du fait de leur faible insight et de la nature profondément égosyntonique du trouble d'accumulation (Frost, Tolin,

& Maltby, 2010). Le thérapeute gagnera à adjoindre un volet d'entraînement aux habiletés d'organisation et à la résolution de problèmes. Il devra également consentir à réaliser des séances au domicile du patient dans le but de l'aider à se débarrasser du superflu et à ne pas en acquérir davantage (Blais, 2015).

Au Canada, Kieron O'Connor a développé la TBI ou Thérapie Basée sur les Inférences, une approche thérapeutique qui laisse une large place au script narratif alternatif. Selon la TBI, les obsessions résulteraient de raisonnements inductifs dysfonctionnels : des stratagèmes de raisonnement classés en six catégories permettraient d'inférer un doute là où la logique l'excluerait naturellement. La TBI oeuvrerait en amont du doute, faisant des inférences primaires la cible thérapeutique, alors que la TCC se centrerait sur le traitement des inférences secondaires (O'Connor, Koszegi, Aardema, van Niekerk, & Taillon, 2009).

LIGNES DE BASE

ECHELLES D'ÉVALUATION PSYCHOPATHOLOGIQUE

ECHELLE DE COTATION PSCHIATRIQUE BREVE (BPRS)

La BPRS ou Brief Psychiatric Rating Scale est une échelle initialement destinée à évaluer l'évolution psychiatrique globale du patient au cours de son hospitalisation. La BPRS se compose à l'origine de 16 items cotés sur une échelle de Likert en 7 points. Deux items supplémentaires sont ajoutés en 1966 par Overall (BPRS-18). Une version en 42 items sera également proposée en 1973. La version que nous utilisons ici est celle en 24 items. L'outil permet une passation rapide et reproductible par différents examinateurs au cours de la thérapie (Overall & Gorham, 1962). Les différentes études factorielles menées soulignent les qualités psychométriques de la BPRS : excellente sensibilité, bonne consistance interne et fiabilité inter-examineurs. Trois facteurs peuvent être isolés : symptômes positifs-désorganisation, anxiété-dépression et symptômes négatifs (Mouaffak, et al., 2010).

QUESTIONNAIRE DE SCHIZOTYPIE DE RAINE (SPQ)

Le SPQ ou Schizotypal Personality Questionary est un auto-questionnaire en 74 items dichotomiques reprenant les neuf critères diagnostiques de la personnalité schizotypique tels que la définit le DSM-5. Le SPQ offre la possibilité d'une approche à la fois catégorielle et factorielle de la schizotypie, en évaluant ses trois sous-dimensions (Ferchiou, et al., 2016) :

- Schizotypie cognitive-perceptive à travers les sous-échelles “idées de référence”, “croyances bizarres et pensée magique”, “expériences perceptives inhabituelles” et “méfiance”
- Schizotypie négative ou sociale-interpersonnelle composée des sous-échelles “anxiété sociale excessive”, “absence d’amis proches”, “pauvreté des affects” et “méfiance”
- Schizotypie désorganisée constituée des sous-échelles “bizarrerie du discours” et “comportement bizarre ou excentrique”.

La cotation attribue un point par réponse positive. L’analyse des scores peut s’effectuer de manière globale, factorielle ou dimensionnelle. Raine préconise d’établir les valeurs seuils en fonction des scores de la population de référence. Le SPQ remplit les critères de fiabilité et de reproductibilité : il présente une bonne validité convergente avec les principaux instruments évaluant la schizotypie, une consistance interne élevée pour les sous-échelles et une haute fidélité test-retest (Raine, 1991). Sa longueur a toutefois conduit au développement d’une forme courte qui répond aux mêmes qualités psychométriques (Ferchiou, et al., 2016) mais dont je ne disposais pas au moment de l’évaluation.

Y-BOCS (YALE-BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE)

La Y-BOCS se présente comme un entretien semi-structuré comprenant 10 items mesurant distinctement les obsessions et les compulsions selon 5 paramètres : le temps passé, la gêne, l’angoisse associée, la résistance et le contrôle. Le clinicien commence par investiguer les principales obsessions et compulsions du patient, distinguant celles actuelles de celles passées. L’évaluation va ensuite porter sur les trois principales obsessions, compulsions et situations évitées par la patient. L’échelle permet de calculer un score total et un score séparé pour les obsessions et les compulsions. La Y-BOCS apparaît comme l’outil standardisé le plus répandu actuellement dans l’évaluation des TOC (Bouvard & Cottraux, 2010).

ECHELLES D’ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

MOCA (MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT)

Le MoCA est un outil d’évaluation de l’atteinte neurocognitive dont l’usage est recommandé pour le dépistage des déficits légers.

Le MoCA comporte une série d'exercices sollicitant la mémoire à court terme, les habiletés visuospatiales, les fonctions exécutives, l'attention, la mémoire de travail, le langage, l'orientation dans le temps et dans l'espace. Sa sensibilité est supérieure à 90%, sa spécificité est de 87% pour le déficit cognitif léger et sa fidélité test-retest excellente (Nasreddine, et al., 2005).

RLRI 16 (ÉPREUVE DE RAPPEL LIBRE ET INDICÉ EN 16 ITEMS)

Le RLRI 16 est une épreuve neuropsychologique en 16 items adaptée de la procédure de Grober et Buschke évaluant les capacités de mémoire épisodique. Après un premier rappel immédiat, le test propose une série de rappels libres et indicés entrecoupés d'épreuves interférentes. Une épreuve de reconnaissance est adjointe. Un rappel différé est effectué dans un délai de vingt minutes après le dernier rappel indicé. L'épreuve est reconnue sensible au déficit de l'encodage dans les pathologies neurodégénératives débutantes et permet d'apprécier l'efficacité des stratégies de rappel.

MINI-SEA (SOCIAL COGNITION AND EMOTIONAL ASSESSMENT)

La Mini-SEA est une batterie étalonnée qui permet d'évaluer la cognition sociale et la reconnaissance émotionnelle. Développée par Maxime Bertoux pour la pratique clinique en gériatrie, la Mini-SEA se compose de deux épreuves : une version réduite et modifiée du test des Faux-pas qui évalue la capacité du patient à détecter et expliquer des maladroresses sociales, et une version réduite du test des visages d'Ekman, qui permet d'estimer la capacité du patient à reconnaître des émotions faciales.

ECHELLES D'ÉVALUATION DU TROUBLE D'ACCUMULATION COMPULSIVE

HOARDING RATING SCALE

Destiné au dépistage du TAC, le questionnaire se compose de 5 items à renseigner selon une échelle de Likert en 8 points allant de l'absence de difficulté à une difficulté extrême. Un score de 4 ou plus aux items 1, 2, 4 ou 5 est retenu comme critère d'accumulation compulsive (Tolin, Frost, Steketee, Gray, & Fitch, 2008).

ACTIVITIES OF DAILY LIVING IN HOARDING (ADL-H)

Le patient remplit un questionnaire en 16 items portant sur les activités de la vie quotidienne.

Une version révisée en 12 items a également été proposée. Pour chaque activité, le patient indique s'il est en mesure de réaliser l'activité facilement ou si l'encombrement du domicile gêne la réalisation de l'activité, voire l'empêche complètement. Conçue pour apprécier la répercussion de la syllogomanie dans la réalisation des actes essentiels à la vie quotidienne, l'ADL-H apparaît fiable, valide et reproductible au plan psychométrique (Frost, Steketee, & Tolin, *Diagnosis and Assessment of Hoarding Disorder*, 2012).

SAVING INVENTORY-REVISED (SI-R)

L'inventaire d'encombrement est un auto-questionnaire en 23 items dont les réponses s'organisent selon une échelle de Likert en 5 points. L'analyse des résultats peut prendre en compte le score total ou se référer aux sous-échelles "encombrement", "acquisition excessive" ou "détresse à se séparer des objets". Le SI-R réunit les qualités psychométriques de fiabilité, validité et consistance interne. La présence d'études menées sur des populations d'amasseurs compulsifs permet de disposer de scores de référence (Frost & Steketee, 2014).

SAVING COGNITIONS INVENTORY (SCI)

L'inventaire des cognitions relatives à la conservation des objets est un auto-questionnaire en 24 items qui permet d'investiguer la nature et la force des croyances liées aux objets selon quatre dimensions : l'attachement émotionnel, la responsabilité, le contrôle et la mémoire. Satisfaisant les critères de consistance interne et de validité convergente et discriminante, le SCI se révèle sensible au traitement psychothérapique (Steketee, Frost, & Kyrios, 2003). Les scores du patient peuvent être comparés à une population de référence atteinte de syllogomanie (Frost & Steketee, 2014).

CLUTTER IMAGE RATING (CIR)

Le CIR ou Index d'encombrement des pièces du domicile est un instrument de mesure objective de la sévérité du trouble dans le syndrome d'accumulation. Il comporte trois planches couleurs de neuf images équidistantes représentant trois des pièces les plus communes dans une habitation : la salle à manger, la cuisine et la chambre. Les photos sont ordonnées selon le degré d'encombrement, allant du minimum au maximum. Le patient pointe l'image qui correspond le mieux au niveau d'encombrement de son domicile. L'évaluation psychométrique du CIR a montré une forte validité convergente et discriminante.

L'échelle s'est révélée sensible aux effets de la thérapie et serait moins sensible que les auto-questionnaires aux biais subjectifs de réponse du fait de son caractère visuel non verbal (Frost R. , Steketee, Tolin, & Renaud, 2008; Frost, Steketee, & Tolin, 2012).

BILAN DES ÉVALUATIONS

BILAN DES ÉVALUATIONS PSYCHOPATHOLOGIQUES

La MINI et les échelles de Beck font partie de l'examen clinique initial mené à l'admission dans le service. La MINI est positive pour le trouble obsessionnel-compulsif. Les critères ne sont pas remplis pour un autre trouble psychiatrique, y compris psychotique. Les scores à la BDI-II et à l'échelle d'anxiété de Beck sont inférieurs aux seuils limites.

A la BPRS, Monsieur F. présente des scores supérieurs aux valeurs seuils dans les domaines suivants : préoccupations somatiques, sentiment de culpabilité, mégalomanie, maniérisme et attitude, pensées inhabituelles, négligence personnelle. L'échelle ne retrouve pas de composante dépressive ou d'idéation suicidaire. Les symptômes négatifs sont absents ou très peu exprimés : léger émoussement des affects tendant à évoluer avec l'hospitalisation, absence de retrait émotionnel, de ralentissement psychomoteur ou de désinvestissement dans la relation.

Le questionnaire de schizotypie de Raine retrouve des scores supérieurs aux moyennes constatées en population générale masculine pour les facteurs de schizotypie positive et désorganisée. Les scores aux échelles de pensée magique, bizarrerie comportementale et suspicion sont légèrement supérieurs aux moyennes d'une population schizotypique adulte. La représentation quasi nulle de l'échelle bizarrerie du discours reflète la surévaluation de ses compétences langagières par le patient: un trait saillant de sa personnalité.

Le SPQ-R est proposé en fin d'hospitalisation à titre de retest. Cette réévaluation après mise en route d'un traitement neuroleptique et psychothérapique met en évidence une diminution des signes de schizotypie dans les domaines suivants : suspicion-méfiance, idées de référence, pensée magique, perceptions inhabituelles, anxiété sociale. Le score reste inchangé pour la bizarrerie du discours. L'isolement social et la pauvreté des affects ont augmenté d'un point. Rappelons que les réponses au questionnaire reflètent la perception du patient de sa propre personnalité. Cette augmentation peut donc signifier de la part de Monsieur F. une conscience plus aiguë de son isolement social et de son émoussement affectif après prise en charge.

A la Y-BOCS, le score total est de 20. Ce score apparaît relativement faible en regard de la moyenne d'une population de TOC adulte. La gêne associée aux obsessions est importante mais l'anxiété nulle. Le patient pense maintenir un contrôle important sur ses obsessions. En revanche, il cède totalement à ses compulsions.

Tableau 1. Score de Monsieur F. à la Y-BOCS

Y-BOCS	Score total de Monsieur F.	Score moyen d'une population TOC (n=46)	Score moyen d'une population contrôle (n=25)
Score total	20	26.48 (4.97)	3.96 (2.84)
Obsessions	8	<i>(Normes : Bouvard & Cottraux, 2010)</i>	
Compulsions	12		

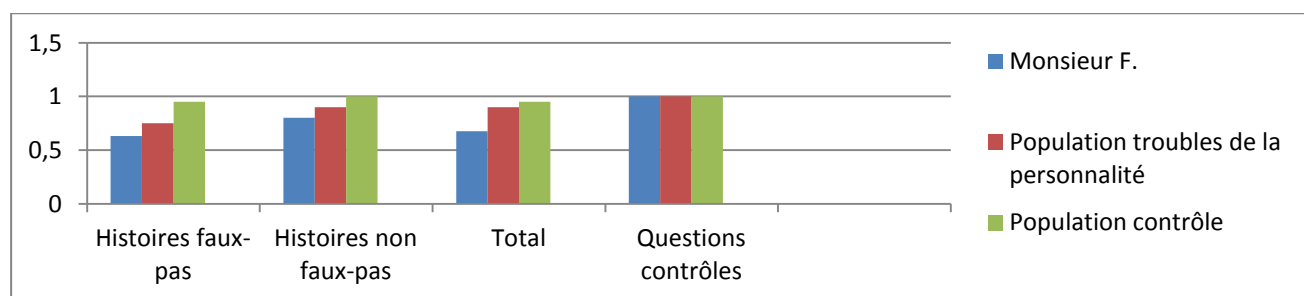
La quantification du temps passé aux obsessions et aux compulsions, l'appréciation de la résistance et du contrôle vont nécessiter une évaluation objective du thérapeute, le patient ayant tendance à minimiser ces paramètres. La Y-BOCS met en lumière la diversité des obsessions, la prévalence des rituels de purification et le mauvais insight de Monsieur F. par rapport à son trouble. Monsieur F. présente principalement des obsessions de contamination, d'accumulation et de lavage, des obsessions à thématique agressive (peur de blesser l'autre ou de le mettre dans l'embarras, peur des accidents et des agressions), des obsessions à thématique sexuelle et religieuse associées à des rituels d'évitement et de purification en cas d'échec du patient à les contrôler. Il existe également une discrète dysmorphophobie portant sur la taille du patient inférieure à la moyenne. Les compulsions portent principalement sur le lavage, le nettoyage et le collectionnisme. On note également des compulsions de vérification et de confession ainsi que des rituels visant à éviter le contact physique, la contamination, les accidents et les oublis. Des conduites auto-agressives à valeur punitive sont rapportées par Monsieur F. en cas de manquement, les erreurs et les omissions courantes étant pour lui des situations de faute avérée.

BILAN DES ÉVALUATIONS NEUROPSYCHOLOGIQUES

Le bilan neuropsychologique confirme le bon fonctionnement neurocognitif d'ensemble. L'efficacité intellectuelle globale est de bonne qualité, reflétée par un score de 30/30 au MMSE et au MOCA. Monsieur F. réalise parfaitement des épreuves de screening sollicitant les fonctions exécutives telles que le test de l'horloge ou le Trail Making Test abrégé. Ses performances au RLRI16 sont dans les normes pour l'âge et le niveau socioprofessionnel, attestant du fonctionnement satisfaisant en mémoire épisodique.

Les scores faibles en rappel libre sont révélateurs des stratégies peu opérantes en récupération. Les compétences en reconnaissance d'émotions faciales sont dans les normes. La faible performance à l'épreuve de jugement des faux-pas objective un léger déficit en cognition sociale, trait caractéristique d'une personnalité schizotypique. Le score plafond aux questions contrôles permet de s'assurer que ces résultats ne sont pas attribuables à un biais cognitif de compréhension des énoncés.

Tableau 2. Ratio de réponses correctes de Monsieur F. au test des faux-pas



BILAN DES ÉVALUATIONS DU TROUBLE D'ACCUMULATION COMPULSIVE

Le score de Monsieur F. au HRS le situe d'emblée au-delà du cut off et le place dans la moyenne haute d'une population de patients syllogomanes.

Tableau 3. Scores de Monsieur F. au Hoarding Rating Scale

Hoarding Rating Scale	Score de Monsieur F.	Cut off score	Score moyen d'une population TAC	Score moyen d'une population contrôle
Score total	30	14	24.22 (5.67)	3.34 (4.97)
(Normes : Tolin et al., 2010)				

Les réponses de Monsieur F. à l'ADL-H le rapprochent des normes d'une population d'amasseurs compulsifs. La cotation diffère selon le lieu de vie. Le gîte est considéré comme accessible, permettant la réalisation de l'ensemble des activités de la vie quotidienne avec une gêne minime. L'encombrement du pavillon est nettement plus important, certaines activités ne pouvant plus du tout être réalisées comme préparer les repas, dormir dans un lit ou laver le linge. Certains lieux d'aisance comme la baignoire ne sont que très difficilement accessibles. La recherche de documents importants est entravée par la multiplicité des emplacements et par l'encombrement des pièces consacrées : un exemple concret a été donné récemment par l'acte de propriété de son pavillon que le patient n'a pas été en mesure de retrouver. Monsieur F. tend dans un premier temps à minimiser ses réponses. Mis en confiance, il revoit sa cotation et réévalue l'encombrement de son domicile à un niveau plus sévère.

Tableau 4. Scores de Monsieur F. à l'ADL-H

Activities of Daily Living - Hoarding	Score de Monsieur F.	Score moyen d'une population TAC	Score moyen d'une population contrôle
Score total	2.06	2.20 (0.74)	1.15 (.75)
<i>(Normes : Frost, Hristova, Steketee & Tolin, 2013)</i>			

Les scores de Monsieur F. au SI-R sont comparables à ceux obtenus dans une population d'amasseurs compulsifs. Ses réponses révèlent des scores supérieurs aux valeurs seuils pour les dimensions encombrement et acquisition excessive. Le score de détresse est significativement faible (inférieur à celui d'une population contrôle), pouvant signifier soit une minimisation par le patient du retentissement émotionnel des situations de tri, soit un évitement total de la situation (le patient ne se confronte pas). Nous pouvons également faire l'hypothèse d'une alexithymie en lien avec la personnalité schizotypique du patient et l'abrasement des affects.

Tableau 5. Scores de Monsieur F. au SI-R

Saving Inventory - Revised	Scores de Monsieur F.	Cut off scores	Scores moyens d'une population d'amasseurs compulsifs	Scores moyens d'une population contrôle
Encombrement	22	17	26.9 (6.6)	8.2 (7.1)
Acquisition excessive	12	9	15.2 (5.4)	6.4 (3.6)
Détresse à se séparer des objets	7	14	19.8 (5)	9.2 (5)
Total	41	41	62 (12.7)	23.7 (13.2)
<i>(Normes : Steketee, Frost & Kyrios, 2003)</i>				

La passation de la SCI se révèle particulièrement intéressante chez Monsieur F. car elle met en évidence un attachement émotionnel fort à ses possessions matérielles et un sentiment de responsabilité élevé à leur égard. Le besoin ressenti de conserver les objets est essentiellement lié au lien affectif qui unit le patient à ses biens et à sa conviction d'en être responsable. Le maintien en mémoire ne joue qu'un rôle secondaire, Monsieur F. ayant une confiance extrême en ses capacités cognitives : il ne conserve pas les objets dans un but de mémoire.

Tableau 6. Scores de Monsieur F. au SCI

Saving Cognitions Inventory	Scores de Monsieur F.	Scores d'une population syllogomane (écart-type)	Scores en population générale (écart-type)
Score total	94	95.9 (31)	42.2 (20.9)
Attachement émotionnel	36	37.7 (16)	14.8 (8.7)

Contrôle	15	15.8 (4.2)	8.4 (5.1)
Responsabilité	25	22.3 (8.2)	10.4 (6)
Mémoire	18	20.3 (8.1)	8.8 (4.8)
		(Normes : Frost & Steketee, 2014)	

Au Clutter Image Rating, Monsieur F. critique l’entassement sans ordre sur les photos présentées. Le patient explique avoir fait l’acquisition de nombreux casiers de rangement pour stocker ses possessions, en particulier ses journaux et vieux papiers. Son domicile est maintenant encombré par les multiples caissons destinés au rangement. La présence de piles de journaux au sol a constitué une gêne lors du passage de la société engagée pour le nettoyage. Monsieur F. reconnaît sa propension pathologique à l’accumulation mais il établit une distinction nette entre “amasement organisé” et “amasement non organisé”. Ses réponses le situent au-delà du cut off score pour les pièces suivantes : chambre et salon.

Tableau 7. Scores de Monsieur F. au Clutter Image Rating

Clutter Image Rating	Scores de Monsieur F.	Scores d’une population d’adultes accumuleurs compulsifs	Scores d’une population contrôle d’adultes non TAC
Chambre	4	4.34 (2.16)	1.3 (0.8)
Cuisine	2	3.87 (2.24)	1.2 (0.6)
Salon	4	3.79 (2.01)	1.3 (1.0)
		(Normes de Frost, Steketee, Tolin & Renaud, 2008)	(Normes de Frost, Steketee, Tolin & Renaud, 2006)

L’ensemble des évaluations confirme qu’il s’agit bien d’un trouble d’accumulation compulsive chez un patient schizotypique ne présentant pas d’altération pathologique de son fonctionnement intellectuel.

ANALYSE FONCTIONNELLE

GRILLE SECCA (COTTRAUX, 1995)

L’ANALYSE FONCTIONNELLE SYNCHRONIQUE DE MONSIEUR F.

L’analyse fonctionnelle synchronique de Monsieur F. met en évidence l’importance des cognitions en rapport avec le fait de devoir trier ou jeter des objets. Le doute et les ruminations mentales autour des conséquences négatives anticipées génèrent un inconfort et une contrariété intense qui peuvent atteindre 10/10. Le fait de garder l’objet met fin au doute et aux ruminations, apportant à Monsieur F. un soulagement temporaire mais immédiat.

L'anticipation correspond à une croyance de base fondamentale "mieux vaut garder cet objet *au cas où...*" qui se développe à travers les séquences cognitives et comportementales de Monsieur F. chaque fois qu'il se trouve confronté à une situation de tri.

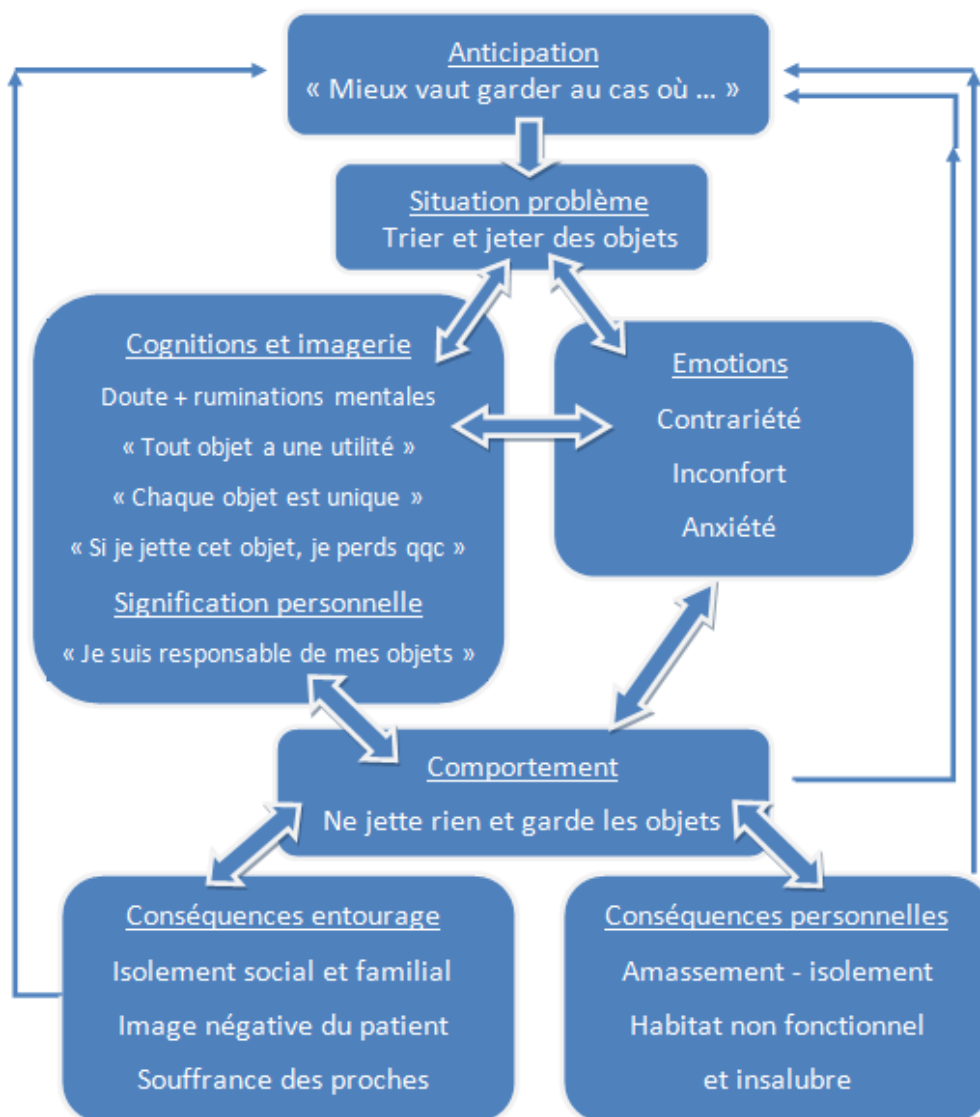


Figure 1. Analyse fonctionnelle synchronique de Monsieur F. (grille SECCA)

Le volet émotionnel se caractérise par sa pauvreté : il a été très difficile pour Monsieur F. d'identifier les émotions qu'il pouvait ressentir au moment de se séparer d'un objet. Cette étape a nécessité de passer par des mises en situation concrète où le patient a été guidé dans la centration sur ses émotions au moment de se séparer d'objets divers tels que des chaussons, un pull-over ou un papier d'emballage de cadeau. L'exercice a constitué une sorte d'exposition sans prévention de la réponse.

Conserver l'objet a ici valeur de compulsion. Le soulagement obtenu constitue un facteur de maintien du trouble et vient renforcer la croyance anticipatoire. Les conséquences personnelles sont l'envahissement du lieu de vie qui devient progressivement non fonctionnel et insalubre, l'altération des relations sociales et familiales et la diminution de la qualité de vie. Les conséquences sur l'entourage sont l'isolement social et familial du patient, l'image négative de Monsieur F. auprès de ses proches et la souffrance de sa soeur qui se sent impuissante à l'aider et le voit de moins en moins.

Monsieur F. résume ainsi son analyse fonctionnelle lors de la séance qui clôture son hospitalisation : "plus j'accumule, plus je suis seul et plus je me sens seul, plus j'ai tendance à accumuler pour compenser ma solitude".

L'ANALYSE FONCTIONNELLE DIACHRONIQUE

L'analyse fonctionnelle diachronique met en évidence le poids des données structurales avec une probable détermination génétique et environnementale des symptômes suggérée par les antécédents familiaux d'accumulation du côté maternel et paternel.

ANALYSE FONCTIONNELLE DIACHRONIQUE :

Données structurales :

- Génétiques : terrain prédisposant ? vulnérabilité génétique ?
- Familiales : modeling parental, perfectionnisme du père, éducation rigide
- Personnelles : personnalité schizotypique avec traits obsessionnels

Facteurs déclencheurs possibles :

- Décès de son père

Facteurs précipitants :

- Décès de sa mère
- Acquisition du pavillon
- Cessation d'activité professionnelle

Facteurs historiques de maintien possibles :

- Célibat
- Isolement social
- Manque d'insight par rapport à son trouble

Facteurs de maintien actuels :

- Absence de suivi psychothérapique entre les hospitalisations
- Multiplication des domiciles

Figure 2. Analyse fonctionnelle diachronique

Le décès du père apparaît comme un possible facteur déclencheur : je n'ai pas retrouvé de trace prodromique dans l'enfance ou l'adolescence, en me basant sur le récit autobiographique du patient. Le décès de la mère constituerait un facteur précipitant, tout comme l'acquisition du pavillon et la cessation d'activité professionnelle qui lui font suite. Le célibat, l'isolement social et le manque d'insight par rapport à son trouble auraient contribué à maintenir le problème. La multiplication des lieux de vie et l'absence de suivi apparaissent comme des facteurs de maintien du trouble, et ce bien que le relogement ait été proposé comme une mesure thérapeutique à l'issue de la première hospitalisation.

LIEN AVEC LA DÉMARCHE THÉRAPEUTIQUE

L'analyse fonctionnelle est essentielle car elle met en évidence l'enchaînement des séquences aboutissant à la décision de Monsieur F. de conserver des objets qui vont encombrer massivement son domicile. Toute situation de tri impliquant une prise de décision va activer chez Monsieur F. un doute obsessionnel qui enclenche une série de processus mentaux constituée par l'anticipation de conséquences négatives potentielles, la réactivation de schémas dysfonctionnels et la mise en oeuvre de distorsions cognitives avec surgénéralisation, inférence et catastrophisme.

Ces cognitions s'auto-renforcent et entretiennent une anxiété pénible pour le patient. La décision de conserver l'objet constitue une compulsion d'amasement pathologique à laquelle cède Monsieur F., mettant ainsi fin momentanément à l'anxiété, sans comprendre que ce geste vient renforcer le doute obsessionnel pour la séquence suivante.

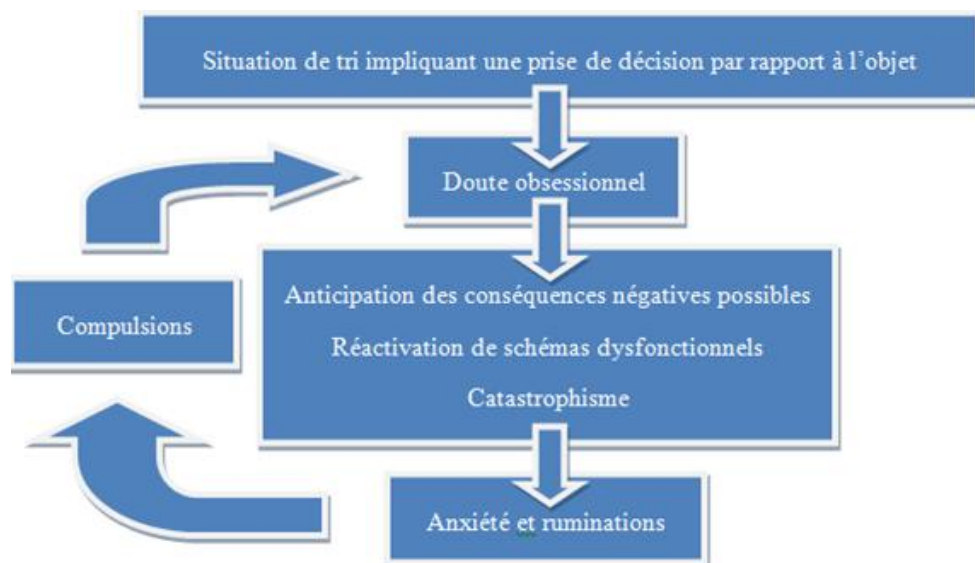


Figure 3. Schéma du maintien de l'accumulation compulsive chez Monsieur F.

Ce schéma est alimenté par des croyances dysfonctionnelles qui sont explorées par le modèle ABC proposé par Ellis (Cottraux, 1992). L'exercice favorise la décentration et entraîne la métacognition du patient.

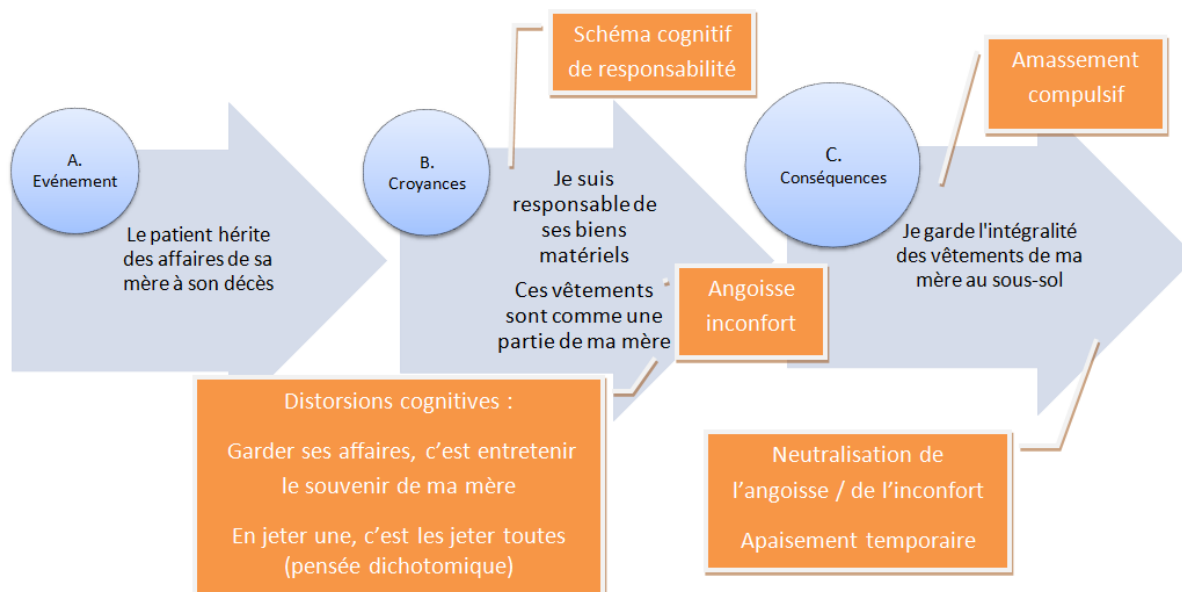


Figure 4. Modélisation ABC des croyances de Monsieur F. en situation exceptionnelle

Cette modélisation s'applique aux situations exceptionnelles (hériter de ses parents) comme aux événements ordinaires (recevoir une publicité dans sa boîte aux lettres). On note le poids des distorsions cognitives qui apparaissent progressivement avec le détail des situations dans lesquelles se présente le problème : inférence arbitraire, maximisation du négatif, pensée dichotomique, surgénéralisation, fausses obligations et divination de la pensée d'autrui sont les plus fréquentes.

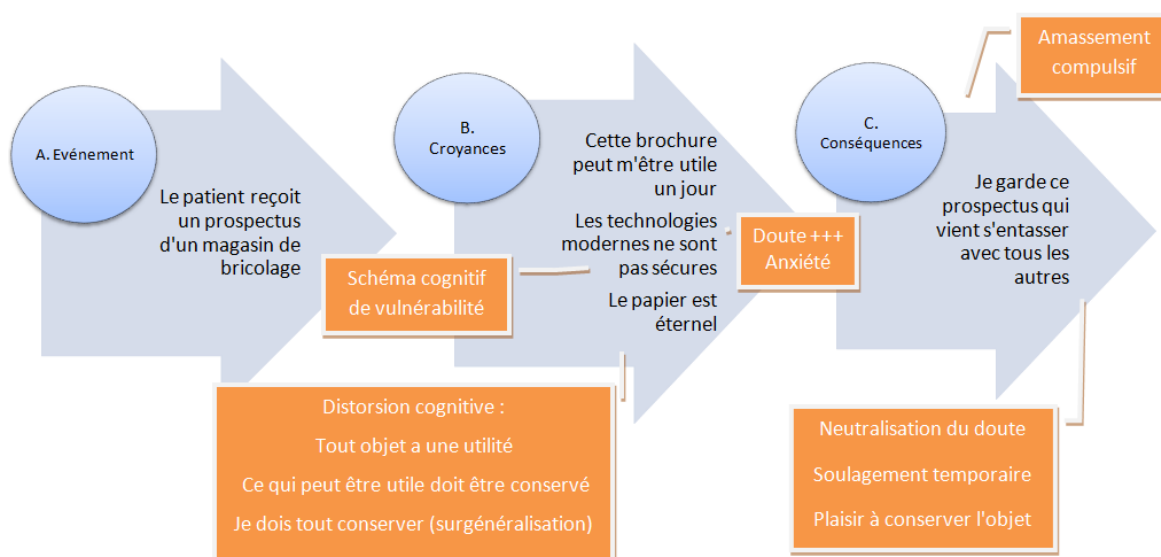


Figure 5. Modélisation ABC des croyances de Monsieur F. en situation ordinaire

ANALYSE DE LA DEMANDE ET CONTRAT THÉRAPEUTIQUE

MISE EN PERSPECTIVE DU MOTIF DE LA CONSULTATION AU REGARD DE L'ANALYSE FONCTIONNELLE

ANALYSE DE LA DEMANDE

Monsieur F. n'exprime au départ aucune demande. Sa schizotypie et sa syllogomanie s'accompagnent d'un mauvais insight et d'une égosityntonie des symptômes qui ne favorisent pas l'accès au soin. Cette attitude passive évolue avec l'avancée de la thérapie. Les séances consacrées au renforcement motivationnel vont susciter une attente de changement chez le patient dont la demande s'oriente sur le fait de retrouver un cadre de vie plus sain.

CONTRAT THÉRAPEUTIQUE ET PLAN DE LA THÉRAPIE

OBJECTIFS ET ELABORATION DU CONTRAT THÉRAPEUTIQUE

La thérapie de Monsieur F. a pour objectif de lui permettre de vivre à domicile en conservant un environnement salubre pour lui et pour son entourage. L'accompagnement thérapeutique repose sur un travail pluridisciplinaire qui implique l'ensemble des professionnels hospitaliers et de ville : le médecin somaticien, la psychologue, le psychiatre, l'assistante sociale, la kinésithérapeute, l'équipe soignante composée par les infirmiers et les aides-soignants ainsi que la curatrice. Monsieur F. donne son accord pour travailler le comportement d'accumulation compulsive mais pas les TOC de contamination, ni les obsessions de dysmorphie corporelle.

PLAN DE LA THERAPIE

Le plan de la thérapie est établi selon cinq objectifs :

- Établir un lien de confiance et évaluer l'intensité du trouble
- Susciter puis renforcer la motivation au changement
- Réduire et contrôler les nouvelles acquisitions
- Trier, jeter et désencombre le domicile actuel puis le domicile principal
- Développer un fonctionnement plus adapté au quotidien

Le patient s'engage activement dans la démarche thérapeutique. Avec sa curatrice, il fixe à dix euros par semaine la somme plafond qu'il s'octroie en achat de journaux et magazines.

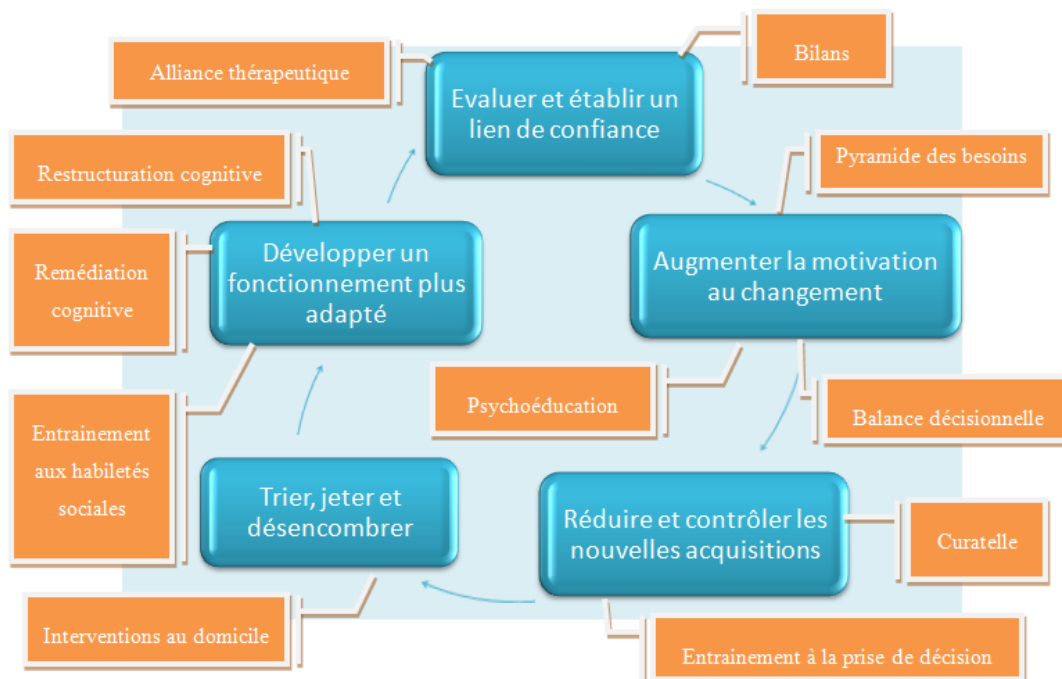


Figure 6. Plan de la thérapie et techniques cognitivo-comportementales utilisées

DÉROULEMENT DE LA THÉRAPIE

NOMBRE DE SÉANCES RÉALISÉES ET MODALITÉS

Je rencontre Monsieur F. deux à trois fois par semaine durant son hospitalisation qui dure neuf semaines. La durée des séances est de soixante minutes. Le premier entretien a lieu dans la chambre. Par la suite, Monsieur F. se rend à mon bureau. Accompagné lors des premiers trajets, il apprend à s'orienter seul dans les couloirs et gère ensuite ses déplacements de manière autonome. Je l'accompagne pour les séances groupales de remédiation cognitive et d'entraînement aux habiletés sociales qui se déroulent dans un autre bâtiment de l'hôpital.

TECHNIQUES UTILISÉES

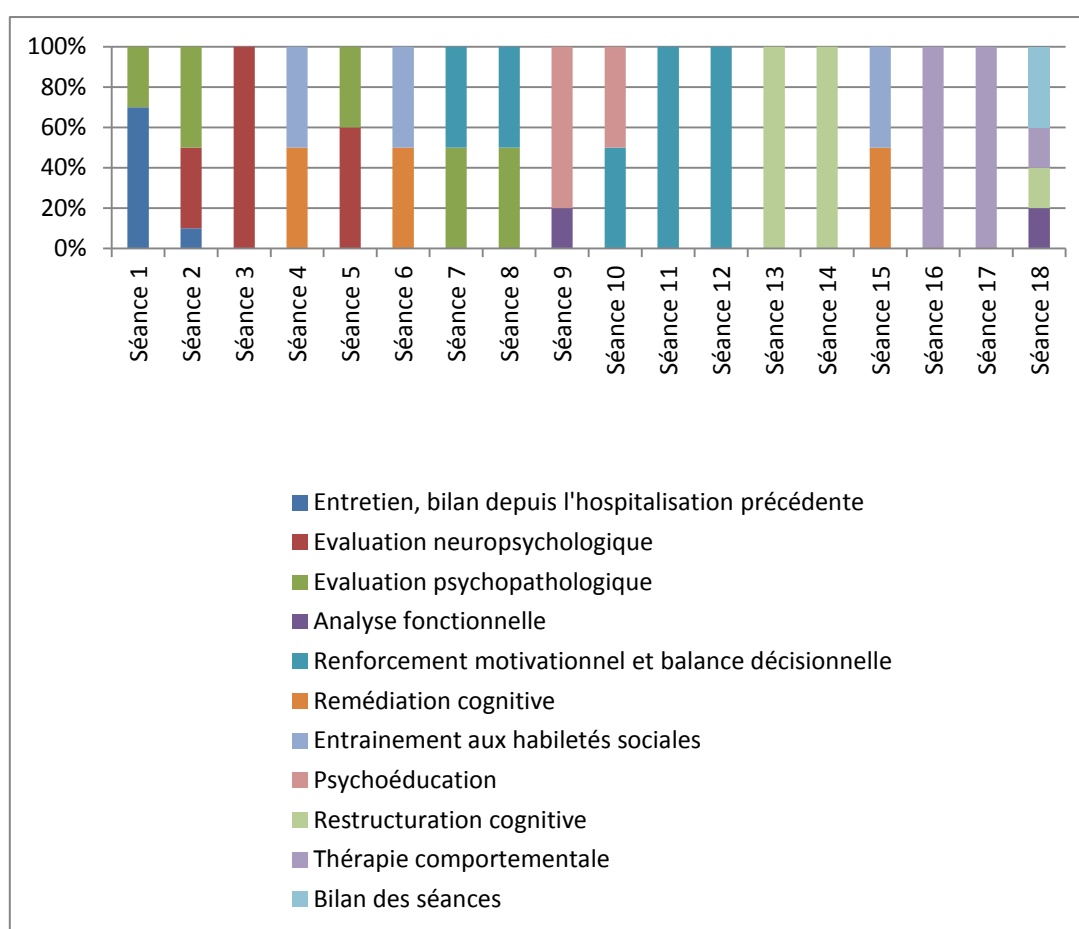
Une bonne alliance thérapeutique s'est nouée lors de la première hospitalisation.

Les entretiens utilisent le questionnement socratique et la technique des 4R, dans une approche résolument non confrontante : Monsieur F. est invité à considérer les faits et à envisager d'autres interprétations possibles (Cottraux, 1992).

La reformulation, la recontextualisation et les résumés permettent de s'assurer de la bonne compréhension des propos de part et d'autre. Ce feed-back apparaît d'autant plus important que Monsieur F. présente des distorsions cognitives fréquentes et qu'il risque de interpréter les paroles du thérapeute selon son propre schéma de pensée.

Une séance entière est consacrée à la psychoéducation de la syllogomanie. Un accent particulier est porté sur le renforcement motivationnel, condition sine qua none de la mise en oeuvre de la thérapie : le patient n'est pas demandeur de cette thérapie au départ, il doit donc être suffisamment motivé pour entreprendre des changements dans son mode de vie.

Tableau 8. Structuration des séances de thérapie et techniques utilisées



Une fiche d'évaluation de la séance est mise en place au début de la thérapie : patient et thérapeute remplissent chacun leur feuille d'évaluation à l'issue de chaque rencontre, permettant un feed-back de la séance et la préparation de la suivante. La thérapie se développe ensuite selon des modalités individuelle et collective : les dates des séances de remédiation cognitive et d'entraînement aux habiletés sociales dépendent du calendrier institutionnel.

SÉANCES DE PSYCHOÉDUCATION (SÉANCES N° 9 ET 10)

Psychoéducation interactive : un article sur la syllogomanie publié sur Internet est remis à Monsieur F.. Le thérapeute lit l'article à haute voix. Après chaque paragraphe, le thérapeute marque une pause et demande au patient de lui faire un retour sur ce qui vient d'être lu : se sent-il concerné par ce que l'auteur écrit ? Se reconnaît-il dans la description des symptômes ? Quels exemples personnels peut-il donner du trouble ? Souhaite-t-il faire un commentaire ou développer l'un des points abordés ?

Résultats : Monsieur F. fait un retour positif sur cette séance. Il a plaisir à détailler l'étymologie du mot syllogomanie et pose quelques questions sur l'épidémiologie du trouble. Les modalités d'une prise en charge TCC du trouble de l'amasement compulsif lui sont expliquées. Sur sa feuille d'évaluation de la séance, Monsieur F. note que "des progrès importants sont réalisés". Il juge la séance "très utile" et estime avoir acquis une "meilleure compréhension" de son problème. La retranscription de cette séance figure en annexe.

Les cartes psychoéducatives : lors de la séance suivante, des cartes sont remises au patient sur le thème : quel accumulateur êtes-vous ? Chaque carte raconte en quelques lignes l'histoire d'un personnage fictif illustrant un profil d'accumulateur compulsif : il y a le syllogomane sentimental, l'intello, l'écologiste, le chasseur de trésors... Les portraits sont extraits d'un self-help book québécois consacré à la syllogomanie (Entre Monts et Merveilles. Comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive, 2013) : je les ai reproduits, colorisés et imprimés sur du carton au format A7, pour servir de support à la psychoéducation. Monsieur F. est invité à dire de quel personnage il se sent le plus proche. Les cartes choisies par Monsieur F. seront réutilisées plus tard pour la restructuration cognitive.

Le sentimental

Cindy ne peut se débarrasser des objets qui pourraient lui remémorer des souvenirs associés à sa famille ou à son enfance. Toutes les photos, lettres, dessins d'enfants et même des factures associées à des moments clés de sa vie sont gardés dans des dizaines de boîtes entreposées ici et là dans la maison. Elle ne peut supporter de jeter ces objets, même si ces derniers sont brisés ou déchirés. Elle a le sentiment qu'en jetant ne serait-ce qu'un bouton de la robe de sa fille, c'est comme si elle jetait son enfant aux poubelles. Elle a même gardé des ballons dégonflés que ses enfants avaient soufflés, car ceux-ci contenaient leur souffle. Elle est convaincue qu'elle perdrait le souvenir de la personne si elle se débarrassait de ses objets.

L'intello

Mike a toujours été quelqu'un qui aime apprendre, et il se qualifie lui-même d'autodidacte. S'il achète un nouveau gadget, il peut passer des heures à lire le manuel d'utilisation mot à mot, pour être certain de ne manquer aucune information. Les journaux sont actuellement son gros problème, surtout le journal du samedi. Il y trouve toujours une mine d'or d'information et peut passer des heures à lire et relire chaque rubrique et article. Puisqu'il aime prendre son temps pour bien saisir les choses, il met souvent son journal de côté, en se disant qu'il aura la possibilité de le relire dans les prochains jours. Malheureusement, il trouve rarement le temps de le faire et des piles de journaux se sont accumulées dans son minuscule condo. Plusieurs journaux sont en mauvaise condition et détériorés, mais il les conserve en cas de besoin.

Figure 7. Les cartes psychoéducatives "quel accumulateur êtes-vous ?"

Résultat : Monsieur F. rit à plusieurs reprises lors de cette séance. Il comprend très vite la finalité de l'exercice et prend plaisir à se plier aux consignes. Il critique les différents profils, jugeant certains plus fonctionnels que d'autres. Il se reconnaît dans le profil d'accumulateur sentimental et intello. Sur sa feuille d'évaluation de la séance, il inscrit un niveau d'attente initial faible pour cette séance, des progrès et un sentiment d'efficacité importants ainsi qu'une meilleure compréhension de son problème pour les compétences acquises.

SÉANCES DE RENFORCEMENT MOTIVATIONNEL (SÉANCES N° 11 ET 12)

Le cercle du changement de Prochaska et Di Clemente est remis au patient qui est invité à se situer sur le schéma : Monsieur F. est actuellement au stade de la préparation à l'action : il a pris conscience du caractère problématique de son mode de vie actuel et commence à envisager d'autres modalités de fonctionnement. Le thérapeute lui montre où il se situait lors de l'hospitalisation précédente.

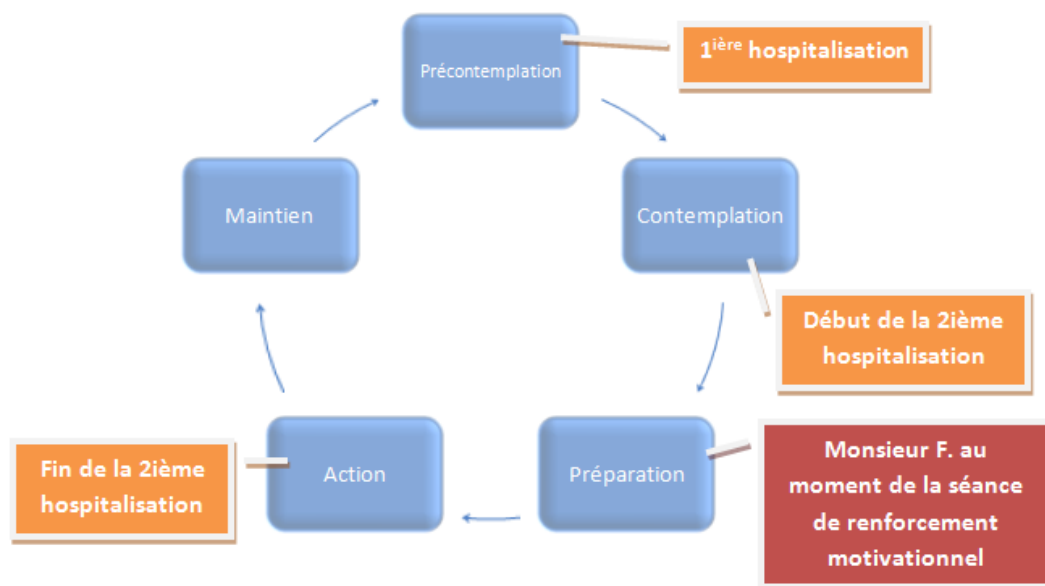


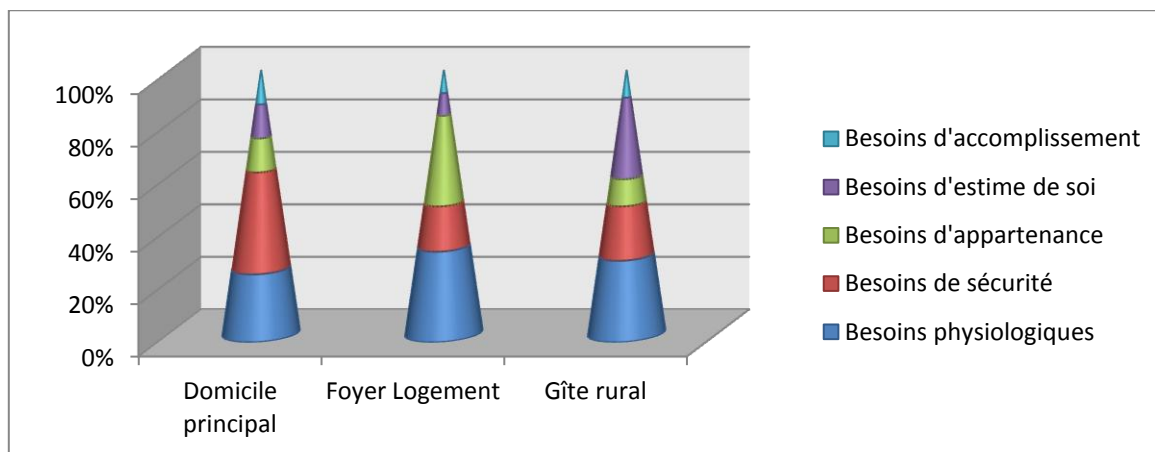
Figure 8. Monsieur F. dans le cercle du changement de Prochaska et Di Clemente

Résultats : Monsieur F. apprécie de pouvoir mesurer concrètement sa progression. Il pose beaucoup de questions sur le stade du maintien et archive avec soin le cercle du changement dans la pochette où il conserve les documents utilisés en séance. Le thérapeute lui montre qu'il numérise au fur et à mesure les documents pour son mémoire et qu'il n'est pas nécessaire que Monsieur F. conserve systématiquement le support papier.

La pyramide de Maslow est ensuite utilisée comme support de travail. Un document photocopié est remis à Monsieur F.. Le thérapeute liste avec lui les besoins fondamentaux de l'individu et les inscrit à l'étage de la pyramide correspondant.

Pour chaque besoin, le patient est invité à expliquer comment il fonctionne au quotidien, les problèmes qu'il rencontre, son plaisir à effectuer l'activité, son sentiment d'efficacité personnelle, le retentissement éventuel s'il n'arrive pas à satisfaire ce besoin, les conséquences personnelles, les conséquences pour son entourage. Le thérapeute passe ensuite en revue les différents lieux de vie du patient et évalue avec lui la proportion dans laquelle ses besoins fondamentaux peuvent y être satisfaits.

Tableau 9. Pyramide des besoins de Maslow et lieux de vie



Résultats : Monsieur F. se montre très attentif durant toute la séance. La nature concrète de ce support lui convient bien. Il prend conscience que son mode de vie actuel ne permet pas la réalisation de ses besoins sociaux et que l'amasement entrave la satisfaction de ses besoins d'accomplissement et de réalisation de soi. Le domicile principal, au départ plus propice à la satisfaction des besoins de sécurité, est au final devenu insécurisant, du fait de l'amasement qui limite l'accessibilité, du risque d'incendie généré par la concentration de vieux journaux, de l'humidité et des moisissures qui constituent un risque pour sa santé. L'isolement entrave la réalisation des besoins d'appartenance, finissant par mettre en péril le sentiment même de Monsieur F. d'appartenir à la société. Les schémas cognitifs du patient commencent à émerger (vulnérabilité, insécurité, responsabilité), préparant l'étape suivante de la thérapie.

Une balance décisionnelle est ensuite établie pour chacun des trois logements. L'exercice a été préparé en amont de la séance : un exemplaire vierge a été remis au patient et donné en prescription de tâche. Le patient liste les avantages et les inconvénients de chaque lieu de vie. Avec l'aide du thérapeute, Monsieur F. attribue à chaque argument un pourcentage dont la valeur reflète l'importance qu'il représente à ses yeux.

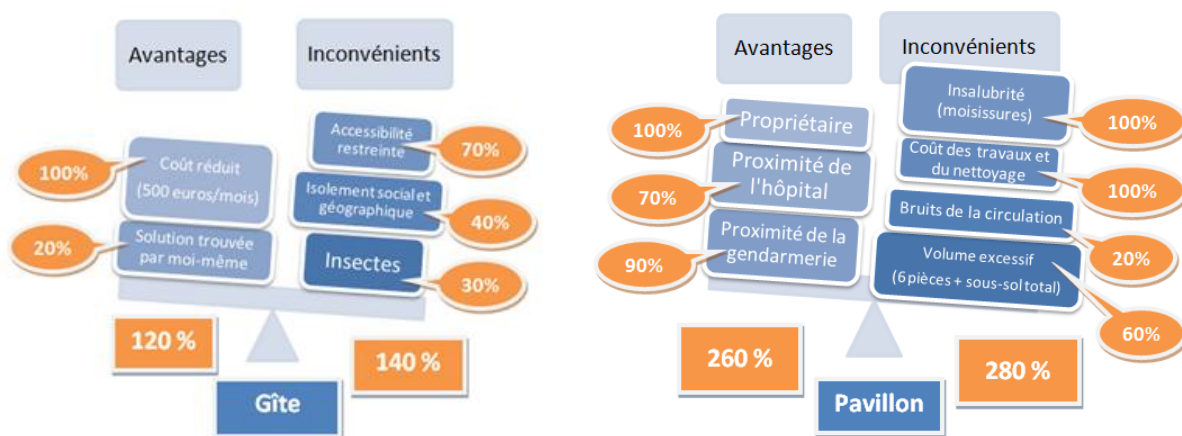


Figure 9. Balances décisionnelles de Monsieur F.

Résultats : cet exercice est difficile pour Monsieur F. qui a du mal à systématiser la consigne. Le patient acquiert progressivement de l'autonomie dans la réalisation de la tâche. La dernière balance décisionnelle concerne le Foyer Logement : elle penche en faveur des avantages mais elle sera finalement invalidée par le refus de la structure de reprendre le patient.

SÉANCE DE RESTRUCTURATION COGNITIVE (SÉANCES N° 13 ET 14)

Prescription de tâche en amont de la séance : les réponses de Monsieur F. au SCI-R sont extraites du questionnaire pour travailler les croyances dysfonctionnelles. Les items auxquels le patient a attribué un score supérieur à 4 sont inscrits dans le tableau en tant qu'arguments pour. Le score est transposé en pourcentage d'adhésion. Monsieur F. est ensuite invité à trouver un argument contraire et à inscrire la force avec laquelle il adhère à cet argument présentement. Le tableau complet est présenté en annexe.

Figure 10. Tableau des arguments pour / arguments contre

Argument pour	% adhésion	Argument contre	% adhésion
Si cet objet a une valeur potentielle, il doit être gardé.	100%	Je ne peux pas le garder indéfiniment.	0%
Je ne pourrai jamais remplacer cet objet.	90%	Il est possible de remplacer cet objet (à voir !)	0%

Résultats : dans cet exercice, Monsieur F. est gêné par ses distorsions cognitives : il peine à développer des arguments contre. La colonne des pourcentages est laissée vierge : Monsieur F. n'a rien rempli car il n'adhère pas du tout aux arguments contre : "si je dois inscrire un chiffre, alors c'est zéro!".

Le TAC de Monsieur F. est égosyntonique : conserver et accumuler correspond à ses valeurs profondes, avec lesquelles il est totalement en accord. Il lui est donc très difficile de changer son mode de fonctionnement.

Exercice de décentration spatiale et thérapie narrative : à l'aide des cartes utilisées pour la psychoéducation, Monsieur F. doit expliquer comment il perçoit la situation problème, les difficultés qu'il repère pour chaque personnage, les croyances sous-jacentes qu'il identifie, les solutions qu'il conçoit à son problème, les conseils qu'il aurait envie de donner au personnage. Monsieur F. est ensuite invité à proposer une version alternative de l'histoire, en imaginant des croyances, des comportements et des conséquences qui permettent un fonctionnement plus adapté.

L'accumulateur sentimental version 2.0

Cindy est très attachée aux affaires qui lui rappellent son enfance. Les vêtements de sa mère, les livres de son père, ses cahiers d'école sont très précieux pour elle. Cindy sait que sa maison n'est pas immense et qu'à trop conserver, on finit par ne plus rien retrouver : alors elle choisit de ne garder que ses manuels du cours élémentaire, le foulard que sa mère portait lors des grandes occasions et le livre de chevet que son père relisait chaque soir avant de dormir. Cindy donne le reste de ses affaires à une association. Elle sait que les livres et les vêtements vont servir à d'autres personnes qui se fabriqueront leurs souvenirs à leur tour. Cindy se sent bien.

Figure 11. Les cartes psychoéducatives “Quel accumulateur êtes-vous ?” version 2.0

Résultats : Monsieur F. apprécie cet exercice qui fait appel à sa créativité et à ses compétences narratives. Les exemples qu'il choisit ne concernent plus seulement Cindy : ils font écho à sa propre histoire. Monsieur F. évoque les vêtements de sa mère qu'il conserve au sous-sol et auxquels il est très attaché. Il raconte que sa mère avait la couture comme passion : il se souvient d'elle s'appliquant à réunir les pièces de tissu. Il explique que jeter un bouton d'une seule de ses robes serait comme jeter à la poubelle toute l'admiration qu'il avait pour elle. Donner ses vêtements serait plus acceptable : qu'ils soient portés par d'autres ou réutilisés pour confectionner de nouveaux vêtements serait même une source de contentement pour Monsieur F.. Un dialogue s'engage avec le thérapeute sur l'antenne du Secours Catholique située dans le centre ville qui collecte les vêtements usagés.

Sur sa feuille d'évaluation, Monsieur F. cochera les cases "thérapeute aidant, à l'écoute et compétent". Il jugera l'exercice "très utile" et notera "prise de conscience" dans les compétences acquises. Je noterai de mon côté que la séance a été très émouvante.

Calcul de la probabilité de l'événement : Monsieur F. justifie le fait de conserver au sous-sol l'intégralité de sa collection du Chasseur Français par la probabilité qu'il soit un jour invité à dîner chez sa soeur dont le meilleur ami est chasseur et qu'il risque alors de se trouver engagé dans une conversation qui porte sur le thème de la chasse. Selon son schéma de perfectionnisme, Monsieur F. est convaincu qu'il ne peut prendre la parole sur un sujet que s'il s'est suffisamment documenté. Il a donc besoin de conserver tous les numéros de la revue. Selon Monsieur F., la probabilité que cet événement se produise est de 100% bien que sa soeur ne l'ait jamais invité à dîner plus de trois fois dans une année. Le thérapeute propose de recalculer la probabilité cumulée de l'événement en tenant compte de la probabilité d'occurrence de chacune des séquences.

Tableau 10. Calcul de probabilité d'un événement, d'après M. Bouvard (2006, 2011)

Séquences de l'événement	Probabilité d'occurrence	Probabilité cumulée
Etre invité à dîner chez sa soeur	3/52	0.057
Se rendre au dîner (accepter l'invitation)	1/2	0.02
Présence de l'ami chasseur	1/2	0.01
Avoir une discussion centrée sur la chasse	1/2	0.005

Résultats : Monsieur F. n'apprécie pas cet exercice. Il exprime son désaccord face au mode de calcul de la probabilité qu'il juge non conforme aux règles statistiques en vigueur.

Mise en situation concrète et modeling : le thérapeute opte pour un exemple concret issu de l'actualité : lors d'une chasse, un rabatteur a été tué par un cerf aux abois. L'accident relance la polémique née après l'abattage d'un cerf dans un jardin privé de l'Oise. Le thérapeute tient trois minutes sur une information entendue à la radio le matin et sans être spécialiste du sujet.

Résultats : Monsieur F. n'adhère pas à l'exercice et il fait preuve de réactance. Il trouve son thérapeute têtu et fermé à ses arguments. Il me rappelle que j'utilise moi-même la recherche Internet de mon smartphone à la moindre occasion : l'argument est pertinent (le patient me voit procéder ainsi en atelier de remédiation cognitive) mais attaque une croyance princeps dans le fonctionnement de Monsieur F. (le papier serait un support irremplaçable) tout en remettant en question ses valeurs (le patient est hostile au numérique). Monsieur F. me fait remarquer que malgré mon goût pour les technologies modernes, mon bureau reste encombré

par divers papiers. Dans son évaluation de la séance, Monsieur F. ne coche pas les cases “thérapeute empathique” ni “thérapeute à l’écoute”. En revanche, il coche la case “thérapeute compétent” et note “auto-critique” pour les compétences personnelles acquises !

SENTIMENT D’EFFICACITÉ PERSONNELLE DU PATIENT

Du fait de son faible insight, Monsieur F. présente au début de la thérapie un sentiment d’efficacité personnelle élevé, en total décalage avec la réalité. La phase d’évaluation du trouble va augmenter la prise de conscience de Monsieur F. du caractère dysfonctionnel de son comportement d’amasement, avec pour conséquence de diminuer son sentiment d’efficacité personnelle.

La séance n°16 marque un tournant décisif dans la thérapie : alors que le patient n’a rendez-vous que le lendemain matin, il se présente au bureau en fin de journée pour m’annoncer qu’il doit reporter la séance, sa curatrice ayant organisé une permission pour le conduire à son domicile où l’entreprise de nettoyage doit intervenir le surlendemain. La permission doit permettre à Monsieur F. de dégager son lieu de vie des nombreux journaux accumulés afin de faciliter l’intervention. Monsieur F. est à la fois très angoissé par cette perspective (SUD à 7/10) et résolument déterminé à remplir sa mission avec succès (motivation à 100%). Il refuse ma proposition de me rendre avec lui au domicile mais profite de la séance improvisée pour établir un plan d’intervention. Avec une aide minime, Monsieur F. liste les cinq étapes à entreprendre et les éléments clés qu’il doit réunir (clés du logement, carte bleue à prendre au coffre de l’hôpital, sacs de grande contenance, essence dans le réservoir de son véhicule pour gérer les trajets jusqu’au centre de tri sélectif). Il évalue le volume des affaires à jeter et la capacité de chargement de son véhicule, estimant ainsi le nombre d’allers-retours qui seront nécessaires. Sur le papier, Monsieur F. trace l’itinéraire qui part de son domicile jusqu’à la pompe à essence. Pour la première fois, le sentiment d’efficacité est élevé *et* adapté à la réalité des actions concrètement entreprises.

PRÉCAUTIONS TECHNIQUES ET LOGISTIQUES

La restructuration cognitive m’a demandé beaucoup d’inventivité dans la conception de supports accessibles et ludiques pour le patient. Le self-helped book québécois “Entre Monts et Merveilles” et le programme psychoéducatif anglais “Understanding Hoarding” ont été une aide précieuse pour moi, tout comme le travail de doctorat de Mélanie T. Blais consacré à la prise en charge du trouble d’accumulation compulsive par la thérapie des inférences.

La passion obsessionnelle de Monsieur F. pour la trace écrite a finalement servi la thérapie et la rédaction de ce mémoire. Lors de la séance qui a marqué la fin de son séjour hospitalier, Monsieur F. m'a fait remarquer que nous aurions pu utiliser à la place le tableau Velleda accroché au mur.

CONCLUSION SUR LE RESSENTI DU THÉRAPEUTE

EVOLUTION DE LA THÉRAPIE

Le séjour à l'hôpital a facilité l'évaluation qui nécessitait des séances rapprochées dans le temps. Le cadre institutionnel s'est révélé propice pour cette première phase de la thérapie : le patient était entièrement disponible et autonome pour se rendre aux séances plusieurs fois par semaine. La mise en place des fiches d'évaluation à l'issue des séances a permis de structurer la thérapie, d'ajuster les cibles thérapeutiques et d'augmenter l'implication de Monsieur F. dans la thérapie. Une fois entré dans la phase d'activation comportementale, le cadre hospitalier est apparu contre-productif car il protégeait le patient des conséquences matérielles de son amasement. Le retour à domicile est apparu comme une confrontation nécessaire à la réalité : une date de sortie a été fixée quatre jours après le nettoyage du gîte. Monsieur F. bénéficiera d'une infirmière 7 jours sur 7 pour la prise du traitement. L'assistante sociale a obtenu que lui soit attribuée une aide ménagère, financée par sa mutuelle les deux premiers mois, à sa charge ensuite.

ECHECS ET DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Le mauvais insight du patient par rapport à son trouble a représenté au départ une difficulté considérable dans la thérapie. L'évaluation initiale supposait une mesure objective de l'amasement par le patient et le bilan reposait sur des auto-questionnaires : Monsieur F. ne souhaitait pas que je contacte son entourage ou que l'on utilise les photos prises par sa curatrice au domicile. L'usage du Clutter Image Rating, un outil concret et visuel non verbal, a facilité l'évaluation.

La seconde difficulté a résidé dans la difficulté de Monsieur F. à identifier et quantifier ses émotions. Cette alexithymie constitutive de la personnalité schizotypique du patient a entravé la réalisation de certains exercices et nécessité un rôle actif du thérapeute. Le sentiment de honte n'a pu être verbalisé que lors de la dernière séance réalisée en hospitalisation, lorsque Monsieur F. s'est senti capable de dire pourquoi il avait refusé ma venue au domicile.

A la sortie, une thérapie de maintenance a été proposée. Monsieur F. poursuit en externe la prise en charge groupale en remédiation cognitive et le programme d'entraînement aux habiletés sociales. A ce stade, il ne se sent pas encore prêt à me laisser entrer au domicile pour les séances de thérapie comportementale.

SENTIMENT D'EFFICACITE PERSONNELLE DU THERAPEUTE

Je considère cette phase hospitalière de la thérapie comme une réussite qui s'est concrétisée par le désencombrement et le nettoyage du gîte. D'importants progrès restent à réaliser dans l'habitation principale. Je suis fier de ce travail qui m'a procuré beaucoup de plaisir et un sentiment d'efficacité personnelle élevé. Un tel accompagnement reste toutefois exceptionnel dans ma pratique hospitalière : le suivi de Monsieur F. s'est révélé très chronophage, du fait que j'ai dû mener à bien l'évaluation psychopathologique et neuropsychologique, animer les séances de remédiation cognitive et d'entraînement aux habiletés sociales, en plus de la thérapie individuelle. L'isolement de mon poste hospitalier en transverse des différents services m'a semblé lourd à porter et j'ai apprécié de pouvoir communiquer avec d'autres intervenants (assistante sociale, kinésithérapeute, CMP).

ALLIANCE THERAPEUTIQUE

Une bonne alliance thérapeutique s'est nouée d'emblée avec ce patient atypique : elle s'est maintenue en dépit des caractéristiques propres à sa symptomatologie et susceptibles de perturber la relation thérapeutique (incurie, étrangeté du contact, rigidité mentale, bizarreries comportementales). Le volet de psychoéducation, que j'abordais avec précaution et appréhension du fait de la personnalité de Monsieur F., a finalement renforcé cette alliance, permettant l'adoption d'une sémantique commune autour du trouble et offrant au patient la possibilité de livrer sa propre interprétation de la description diagnostique. C'est sur ces fondations stables qu'il a été possible de construire la restructuration cognitive et la thérapie comportementale, nous rappelant cette définition chère à Bowlby de l'alliance thérapeutique comme étant "la base de sécurité nécessaire au changement". A l'issue de l'hospitalisation, j'ai offert à Monsieur F. le cadre qui figure en couverture de ce mémoire, confectionné uniquement à partir de matériaux recyclables et qui représente la formule qui a guidé la thérapie : " Jeter Pour Mieux Fonctionner ". J'ai pris soin de laisser au patient le soin de garder ou de jeter le papier cadeau qui entourait le cadre. Monsieur F. a choisi sans hésiter de s'en débarrasser aussitôt afin, dit-il, de "ne pas s'encombrer".

CONCLUSION

J'ai choisi de présenter le travail thérapeutique mené avec Monsieur F. pour ce mémoire de troisième année car il représente à mes yeux les compétences acquises durant cette formation à l'AFTCC : j'ai rencontré Monsieur F. au cours de sa première hospitalisation, avant de débiter ma formation en TCC, puis je l'ai revu lors de sa seconde hospitalisation, au début de ma dernière année de formation. Je mesure pleinement le chemin parcouru et je me réjouis de m'être lancée dans cette aventure passionnante.

L'autre raison pour laquelle j'ai choisi de présenter ce travail est qu'il illustre selon moi le vaste champ thérapeutique sur lequel ouvrent les TCC : la thérapie du trouble d'amasement compulsif est possible, même avec un patient schizotypique ! Ce résultat m'a semblé extrêmement encourageant pour les personnes qui présentent un trouble de la personnalité comorbide, une psychose ou un trouble du spectre autistique. Le caractère chronophage de la thérapie pourrait être réduit en adaptant le programme à un format de groupe. Les expériences menées dans ce domaine ont donné des résultats prometteurs.

Enfin, je tiens à souligner l'intérêt de disposer d'une évaluation neuropsychologique préalable à la thérapie, qui permet de s'assurer de l'impact des éventuels troubles exécutifs et de repérer le déficit en cognition sociale. A l'hôpital, les bilans neuropsychologiques restent trop souvent réservés aux patients gériatriques qui consultent pour le bilan d'une plainte mnésique. Depuis douze ans que j'occupe ce poste, je n'ai pas ménagé mes efforts pour que la possibilité de cette évaluation soit étendue à d'autres secteurs, en particulier aux patients suivis en addictologie. L'intérêt d'associer un module de remédiation cognitive et d'entraînement aux habiletés sociales a été clairement mis en lumière au moment d'attaquer la partie comportementale de la thérapie.

Je terminerai en remerciant les thérapeutes croisés sur ma route et qui m'ont donné l'envie de me former aux TCC : Boris Guimpel, mon superviseur attentionné et camarade de promotion en sexologie à l'UCL, en Belgique, Denise Jonker avec qui j'ai plaisir à pratiquer la méditation de pleine conscience chaque fois que je séjourne à Rotterdam, Mélodie T. Blais qui exerce à Montréal et qui a consacré son travail de thèse au traitement de la syllogomanie, Abdel Halim Boudoukha et Dominique Willard dont j'ai apprécié la supervision rigoureuse et bienveillante, Hervé Montès, venu parler de l'ACT au congrès Miméthys consacré aux addictions, et bien sûr Jean Cottraux, que je ne connais que par l'intermédiaire de ses ouvrages et conférences mais dont j'apprécie la pensée créative et visionnaire.

EPILOGUE

La scène se déroule à la fin d'un dimanche du mois de janvier : alors que je roule en voiture en rentrant de la piscine, j'aperçois Monsieur F. et son véhicule stationné près des bennes de tri sélectif de la ville. Je décide de m'arrêter et descends pour le saluer. Monsieur F. rit de notre rencontre en ce lieu. Il me montre qu'il porte des gants et ironise sur le prétexte que cela lui fournit pour ne pas me serrer la main. D'un ton enjoué, Monsieur F. me déclare qu'il applique tous les conseils reçus en thérapie. Ainsi, il est venu "se débarrasser des papiers inutiles et de tous ces vieux journaux qui encombrent son garage". La vente de son pavillon est en cours et Monsieur F. est bien occupé par les démarches administratives. S'accordant pour dire que notre rencontre fortuite ferait un bel épilogue pour le mémoire, Monsieur F. se prête de bonne grâce à une séance photo improvisée, insistant pour faire entrer dans le cadre les journaux, la benne de tri et les gants. "Voilà un bel exemple de Jeter Pour Mieux Fonctionner" me lance-t-il en riant, avant de faire disparaître les papiers dans la benne.



Monsieur F. me dit qu'il téléphonera le mois prochain pour obtenir un rendez-vous et s'informer des dates des prochains ateliers thérapeutiques. Je remonte dans ma voiture et démarre le moteur. En passant à sa hauteur, je salue Monsieur F. qui continue à transporter les cartons de journaux de son coffre jusqu'à la benne. Dans mon rétroviseur, je le vois qui répond à mon geste en agitant la main. Un large sourire éclaire son visage. Il a l'air vraiment heureux.

BIBLIOGRAPHIE

- Aardema, F., Kleijer, T. M., Trihey, M., & O'Connor, K. (2006). Processes of inference, schizotypal thinking, and obsessive-compulsive behaviour in a normal sample. *Psychological Reports*(99), 213-220.
- Adès, J. (2007). Schizophrénie et troubles de la personnalité. *La lettre du psychiatre*, 3(3-4), 56-59.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (J. Guelfi, & M. Crocq, Trads.)
- Blais, M. T. (2015). Application et efficacité d'une thérapie basée sur les inférences auprès d'une population d'accumulateurs compulsifs : une étude de cas clinique. Université de Montréal.
- Bouvard, M. (2006 ; 2011). Les troubles obsessionnels et compulsifs. Dans O. Fontaine, & P. Fontaine, *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive* (pp. 345-365). Paris: Retz.
- Bouvard, M., & Cottraux, J. (2010). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie* (éd. 5ième édition). Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Cannon, T. D., Mednick, S. A., & Parnas, J. (1994). Developmental brain abnormalities in the offspring of schizophrenic mothers. II. Structural brain characteristics of schizophrenia and schizotypal personality disorder. *Archive General Psychiatry*, 51, 955-962.
- Claridge, G. (1997). *Schizotypy: Implications for Illness and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Cottraux, J. (1992). *Les thérapies cognitives. Comment agir sur nos pensées*. Paris: Retz.
- Del Goleto, S., & Kostova, M. (2016). Schizotypie et cognition sociale. *Psychologie et Neuropsychiatrie Cognitives*, 14(4), pp. 39-54.
- Ferchiou, A., Todorov, L. et al. (2016). Analyse de la structure factorielle de la version brève du questionnaire de personnalité schizotypique (SPQ-B) - format Likert - en population générale en France. *L'Encéphale*, pp. 1-6.

- Frost, R. O., & Hartl, T. L. (1996). A cognitive-behavioral model of compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 4(34), pp. 341-350.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (2014). *The Oxford Handbook of Hoarding and Acquiring*. Oxford Library of Psychology.
- Frost, R. O., Krause, M. S., & Steketee, G. (1996). Hoarding and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*, 1(20), pp. 116-132.
- Frost, R. O., Steketee, G., & Tolin, D. F. (2012). Diagnosis and Assessment of Hoarding Disorder. *The Annual Review of Clinical Psychology*(8), 219-242.
- Frost, R. O., Steketee, G., Williams, L., & Warren, R. (2000). Mood, personality disorder symptoms and disability in obsessive compulsive hoarders: A comparison with clinical and non clinical controls. *Behaviour Research and Therapy*, 11(38), pp. 1071-1081.
- Frost, R. O., Tolin, D. F., & Maltby, N. (2010). Insight-related challenges in the treatment of hoarding. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4(17), pp. 404-413.
- Frost, R., Steketee, G., Tolin, D., & Renaud, S. (2008). Development and Validation of the Clutter Image Rating. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*(30), pp. 193-203.
- Grisham, J. R., Brown, T. A., Liverant, G. I., & Campbell-Sills, L. (2005). The distinctiveness of compulsive hoarding from obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 7(19), pp. 767-779.
- Grover, S., Dua, D., Chakrabarti, S., & Avasthi, A. (2017, April). Obsessive Compulsive Symptoms/disorder in patients with schizophrenia: Prevalence, relationship with other symptom dimensions and impact on functioning. *Psychiatry Research*, 250, pp. 277–284.
- Kendler, K. (1985). Diagnostic Approaches to Schizotypal Personality Disorder: a Historical Perspective. *Schizophrenia Bulletin*, 11(4), 538-553.
- Krebs, M.-O., Martinez, G., & Guelfi, J.-D. (2013). Les personnalités schizotypique et schizoïde. Dans J. Guelfi, & P. Hardy, *Les personnalités pathologiques* (pp. 113-120). Paris: Lavoisier.

- Leucht, S., Kane, J. M., Kissling, W., & Engel, R. (2005). Clinical Implications of Brief Psychiatric Rating Scale Scores (BPRSS). *The British Journal of Psychiatry*, 187(4), 366-371.
- Mouaffak, F., Morvan, Y., Bannour, S., Chayet, M., Bourdel, M., Thepaut, G., . . . Krebs, M.-O. (2010). Validation de la version française de l'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique étendue avec ancrage, BPRS-E(A). *L'Encéphale*(31), 294-301.
- Nasreddine, Z. S., Philips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of American Geriatrics Society*, 4(53), pp. 695-699.
- O'Connor, K., Koszegi, N., Aardema, F., van Niekerk, J., & Taillon, A. (2009). An Inference-Based Approach to Treating Obsessive-Compulsive Disorders. (Elsevier, Éd.) *Cognitive and Behavioral Practice*(16), 420-429.
- O'Connor, K., St-Pierre Delorme, M. E., & Koszegi, N. (2013). *Entre Monts et Merveilles. Comment reconnaître et surmonter l'accumulation compulsive*. Editions Multimondes.
- Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Report*(10), 799-812.
- Pertusa, A., Frost, R. O., Fullana, M. A., Samuels, J., Steketee, G., Tolin, D., . . . Mataix-Cols, D. (2010). Refining the diagnostic boundaries of compulsive hoarding: A critical review. *Clinical Psychology Review*(30), 371-386.
- Polosan, M. (2015). Les TOC : du modèle biologique au traitement par stimulation cérébrale. Dans M. Bouvard, *Les troubles psychiatriques résistants. Vers de nouvelles formes de soin*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Raine, A. (1991). The SPQ: A Scale for the Assessment of Schizotypal Personality Based on DSM-III-R Criteria. *Schizophrenia Bulletin*, 17(4), pp. 555-564.
- Raine, A. (2006). Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annual Review of Clinical Psychology* 2, 291-326.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 4(15), pp. 743-758.

- Ruiz-Tagle, A., Costanzo, E., De Achaval, D., & Guinjoan, S. (2015). Social cognition in a clinical sample of personality disorder patients. *Frontiers in Psychiatry*, 6(75), 1-5.
- Saxena, S., Maidment, K. M., Vapnik, T., & Golden, G. (2002). Obsessive-compulsive hoarding: Symptom severity and response to multimodal treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1(63), pp. 21-27.
- Steketee, G., & Tolin, D. F. (2011). Cognitive-behavioral therapy for hoarding in the context of contamination fears. *Journal of Clinical Psychology*, 5(67), pp. 485-496.
- Steketee, G., Frost, R. O., & Kyrios, M. (2003). Cognitive aspects of compulsive hoarding. *Cognitive Therapy and Research*(27), pp. 463-479.
- Steketee, G., Frost, R. O., Wincze, J., Greene, K. A., & Douglass, H. (2000). Group and individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 3(28), pp. 259-268.
- The British Psychological Society. (2016). *Understanding Hoarding. When our relationship with possessions goes wrong*. Leicester.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., & Steketee, G. (2007). An open trial of cognitive-behavioral therapy for compulsive hoarding. *Behaviour Research and Therapy*, 7(45), pp. 1461-1470.
- Tolin, D. F., Frost, R. O., Steketee, G., Gray, K. D., & Fitch, K. E. (2008). The economic and social burden of compulsive hoarding. *Psychiatry Research*(160), 200-211.
- Tolin, D. F., Stevens, M. C., Villavicencio, A. L., Norberg, M. M., Calhoun, V. D., Frost, R. O., . . . Pearlson, G. D. (2012). Neural Mechanisms of Decision Making in Hoarding Disorder. (A. M. Association, Éd.) *Archives General of Psychiatry*, 8(69), 832-841.
- Wheaton, M. G., Abramowitz, J. S., Fabricant, L. E., Berman, N. C., & Franklin, J. C. (2011). Is Hoarding a Symptom of Obsessive-Compulsive Disorder? (I. A. Psychotherapy, Éd.) *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(4), 225-238.

ANNEXES

LISTE DES ABRÉVIATIONS UTILISÉES

ADL-H : Activities of Daily Living – Hoarding

CIR : Clutter Image Rating

DSM-5 : Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux - 5ième version

HRS : Hoarding Rating Scale

IRMf : Imagerie à Résonance Magnétique fonctionnelle

Mini-SEA : Mini-Social and Emotional Assessment

MMSE : Mini-Mental Status Examination

MoCA : Montreal Cognitive Assessment

SCI-R : Saving Cognitions Inventory-Revised

SI-R : Saving Inventory-Revised

SUD : Subjective Unit of Distress

TAC : Trouble de l'Amassement Compulsif

TBI : Thérapie Basée sur les Inférences

TCC : Thérapie Cognitive et Comportementale

TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

Y-BOCS : Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

DÉTAIL DES SCORES AUX ÉVALUATIONS

EVALUATION PSYCHIATRIQUE

BRIEF PSYCHIATRIC RATING SCALE

- Préoccupations somatiques : 4
- Anxiété : 3
- Dépression : 1
- Tendances suicidaires : 1
- Sentiment de culpabilité : 4
- Hostilité : 1
- Humeur élevée : 3
- Mégalomanie : 4
- Suspicion : 2
- Hallucinations : 2
- Pensées inhabituelles : 5
- Comportement bizarre : 3
- Négligence personnelle : 6
- Maniérisme et attitudes : 4
- Désorientation : 1
- Désorganisation conceptuelle : 1
- Emoussement des affects : 2
- Retrait émotionnel : 1
- Ralentissement psychomoteur : 1
- Tension : 1
- Absence de coopération : 1
- Excitation : 3
- Distractibilité : 1
- Hyperactivité motrice : 2

SCHIZOTYPAL PERSONALITY QUESTIONNAIRE (NORMES RAINE, 1991)

Le premier chiffre représente le score à l'entrée à l'hôpital, le second le score au retest en fin de séjour. Le patient est alors sous traitement neuroleptique.

- Idées de référence : 5→3
- Anxiété sociale : 3→2
- Pensée magique : 6→4
- Perceptions inhabituelles : 3→2
- Bizarreries de l'apparence : 5→4
- Isolement social : 3→4
- Bizarrerie du discours : 1→1
- Pauvreté des affects : 2→3
- Suspicion, méfiance : 6→2

Table 4. Results of t-tests comparing subjects with a schizotypal "trait present" to subjects with "trait absent" (based on SCID interview) on the SPQ subscales

SPQ subscale	Trait present		Trait absent		t	p
	Mean	(SD)	Mean	(SD)		
1. Ideas of Reference	6.7	(2.2)	2.6	(3.0)	3.5	0.002
2. Social Anxiety	4.8	(1.9)	2.0	(1.7)	3.8	0.0005
3. Odd Beliefs/Magical Thinking	3.3	(2.0)	1.5	(2.2)	1.9	0.08
4. Unusual Perceptual Experiences	4.8	(2.8)	0.7	(1.1)	4.9	0.0005
5. Eccentric/Odd Behavior and Appearance	3.5	(0.6)	1.4	(1.5)	2.7	0.01
6. No Close Friends	7.0	(0.0)	2.3	(2.5)	—	—
7. Odd Speech	5.2	(1.3)	3.0	(2.5)	2.7	0.02
8. Constricted Affect	2.7	(1.6)	0.6	(0.8)	3.5	0.006
9. Suspiciousness/Paranoid Ideation	4.2	(2.7)	1.8	(2.2)	2.3	0.03

Note.—SPQ = Schizotypal Personality Questionnaire; SCID = Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders.

INVENTAIRES DE DÉPRESSION ET D'ANXIÉTÉ DE BECK

- BDI-II : 5/63 (de 0 à 10 : normal)

- BAI-II : 6 (0 à 7 : anxiété normale)

YALE-BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE

- Score total : 20
- Obsessions : 8/20
- Compulsions : 12/20

EVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE

EFFICIENCE INTELLECTUELLE GLOBALE

- MMSE : 30/30
- MoCA : 30/30

RLRI 16 (NORMES VAN DER LINDEN, 2004)

- Rappel immédiat : 16
- Rappels libres : 5-7-9
- Rappels totaux : 15-15-15
- Rappel différé libre / indicé : 11 / 3
- Rappel différé total : 14
- Réactivité aux indices : 89%
- Intrusions : 1
- Reconnaissance : 16

MINI-SEA (NORMES BERTOUX, 2004)

- Emotions faciales : 30/35
- Histoires Faux-pas : 19/30*
- Histoires non faux-pas : 8/10*
- Questions contrôles : 20/20
- Total : 27/40*

EVALUATION DU TROUBLE D'AMASSEMENT COMPULSIF

ACTIVITIES OF DAILY LIVING (ADL-H)

- Score total : 2.02

Typical ADL-H Scores in Hoarding and Non-Hoarding Samples		
	Average scores for people with HD	Average scores for people without HD Controls
Total ADL-H	2.20 (.74)	1.15 (.75)

We recommend classifying the scores as:

- 1.0–1.4: None to minimal
- 1.5–2.0: Mild
- 2.1–3.0: Moderate
- 3.1–4.0: Severe
- 4.1–5.0: Extreme

(Frost, Hristova, Steketee & Tolin, 2013)

SAVING INVENTORY - REVISED

- Score total : 39

Scoring the SI-R: For the SI-R total, reverse score items 2 and 4 and sum with the remaining 21 items. For the Clutter scale, sum items 1, 3, 5, 8, 10, 12, 15, 20, and 22. For the Difficulty Discarding scale, reverse score item 4 and add items 6, 7, 13, 17, 19, and 23. For the Excessive Acquisition scale, reverse score item 2 and add items 9, 11, 14, 16, 18, and 21.

	Cutoff scores (scores at or above this indicate hoarding)	Average scores for people with HD (standard deviation)	Average scores for people without HD (standard deviation)
Total SI-R	41	62.0 (12.7)	23.7 (13.2)
Clutter	17	26.9 (6.6)	8.2 (7.1)
Difficulty Discarding	14	19.8 (5.0)	9.2 (5.0)
Excessive Acquisition	9	15.2 (5.4)	6.4 (3.6)

(Frost, Steketee & Grisham, 2004; Tolin, Meunier, Frost & Steketee, 2011)

Table 2.1 Typical Saving Inventory-Revised (SI-R) Scores

Population	n	SI-R Total	Clutter	Discarding	Acquisition
Hoarding clients	70	62.0 (12.7)	26.9 (6.6)	19.8 (5.0)	15.2 (5.4)
Community control subjects	23	23.7 (13.2)	8.2 (7.1)	9.2 (5.0)	6.4 (3.6)

SI-R, Saving Inventory—Revised.

Standard deviations are in parentheses.

(Frost & Steketee, *The Oxford Handbook of Hoarding and Acquiring*, 2014)

SAVING COGNITIONS INVENTORY

- Score total : 124

	Average scores for people with HD (standard deviation)	Average scores for people without HD (standard deviation)
Total SCI	95.9 (31.0)	42.2 (20.9)
Emotional Attachment	37.7 (16.0)	14.8 (8.7)
Control	15.8 (4.2)	8.4 (5.1)
Responsibility	22.3 (8.2)	10.4 (6.0)
Memory	20.3 (8.1)	8.8 (4.8)

(Steketee, Frost & Kyrios, 2003)

Table 2.2 Saving Cognitions Inventory (SCI) Scores

Population	n	SCI Total	Emotional attachment	Memory	Control	Responsibility
Hoarding clients	61	104.0 (26.6)	40.0 (14.6)	23.5 (6.2)	16.3 (4.3)	24.7 (8.0)
Community control subjects	40	50.6 (25.7)	19.5 (10.6)	10.5 (6.7)	9.0 (5.1)	11.6 (8.0)

(Frost & Steketee, The Oxford Handbook of Hoarding and Acquiring, 2014)

CLUTTER IMAGE RATING SCALE

- Score du patient : salle à manger : 4 / cuisine : 2 / chambre : 4

Typical Clutter Image Rating Scores in Hoarding and Non-Hoarding Samples		
	Average scores for people with HD (standard deviation)	Average scores for people without HD (standard deviation)
Living Room	3.7 (2.0)	1.3 (1.0)
Kitchen	3.4 (1.6)	1.2 (0.6)
Bedroom	4.1 (1.6)	1.3 (0.8)

(Frost, Steketee, Tolin & Renaud, 2006)

QUESTIONNAIRE D'ENCOMBREMENT DU FOYER – HOME VERSION

- Score total : 49

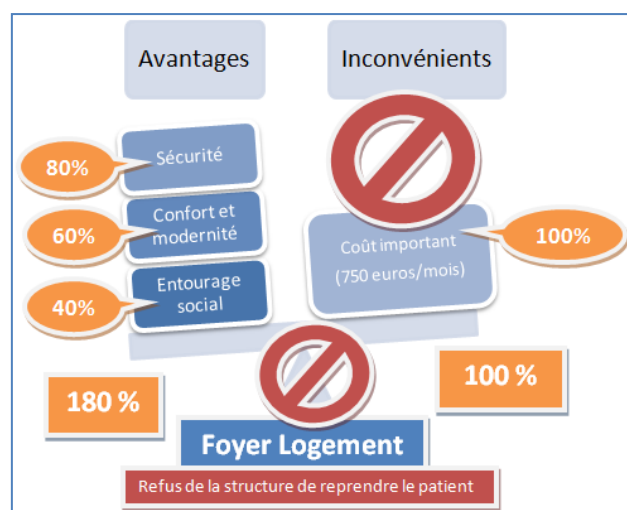
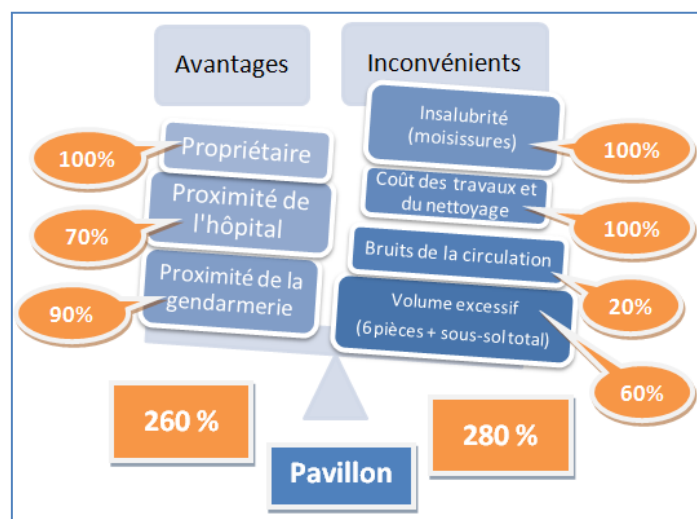
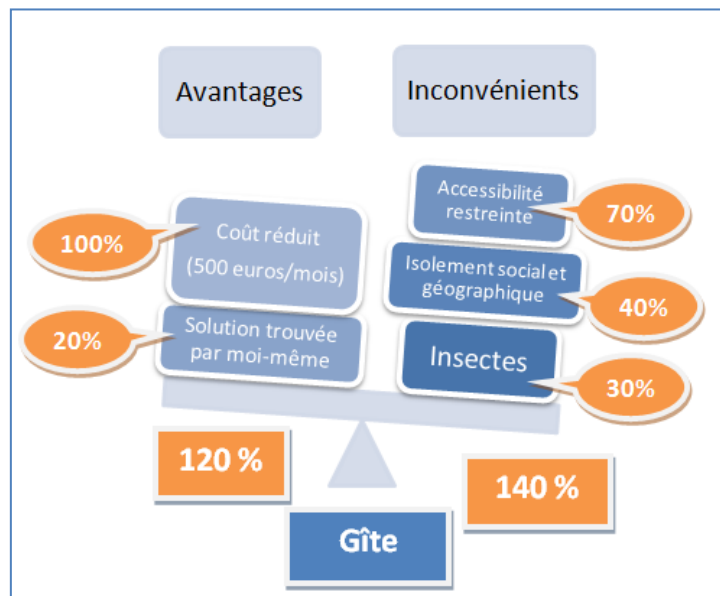
Encombrement de l'espace :

- Pavillon : 50%
- Gîte : 30%
- Foyer Logement : 10%

Encombrement des meubles :

- Pavillon : 50%
- Gîte : 30%
- Foyer Logement : 10%

BALANCE DÉCISIONNELLE DES AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS DES LOGEMENTS



LA SYLLOGOMANIE OU THÉSAURISATION PATHOLOGIQUE

Source de l'article : Site Internet www.lareponsedupsy.info/syllogomanie

QUAND ACCUMULER DES OBJETS DEVIENT PATHOLOGIQUE

« Thésaurisation pathologique » ou « syllogomanie » sont les termes médicaux utilisés pour désigner un trouble qui se caractérise par l'accumulation excessive d'objets *inutiles* et, le plus souvent, sans aucune valeur marchande. Les personnes souffrant de syllogomanie sont surtout dans l'incapacité de se séparer des objets : les jeter leur est impossible. Dans les formes franches, l'espace vital du domicile se réduit peu à peu jusqu'à ce qu'il devienne difficile voire impossible d'accéder à certaines pièces.

Monsieur F. approuve cette définition mais réagit vivement à l'adjectif « inutile » que l'auteur attribue aux objets dont le malade s'entoure. Les possessions du patient ont toutes, selon lui, une utilité bien précise. Mais il admet que leur nombre est excessif, trop nombreux, et que la quantité d'objets au domicile ne lui permet plus d'entretenir son logement.

Il n'est pas rare que les objets accumulés soient des journaux, des revues, du courrier ou des publicités de grandes surfaces. Mais il peut s'agir de n'importe quel type d'objet : de la vaisselle, des vêtements ou encore des appareils hors d'usage... Bien que fréquemment rapporté par les médias, le « syndrome de Diogène », entraînant celui qui en souffre à se faire envahir par ses propres détritiques, reste peu répandu. Ce type de comportement se retrouve souvent associé à certaines maladies psychiatriques. Il peut arriver enfin que les « objets » accumulés soient des animaux ce qui conduit parfois à des situations qui imposent une intervention en urgence.

Le chaos va rapidement régner dans la maison et provoquer un sentiment de honte profonde. Une conséquence habituelle est que les personnes concernées ne laissent plus entrer personne chez elles.

LES SYMPTÔMES DE LA SYLLOGOMANIE

Le DSM-5 (dernière version du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux, qui fait référence pour les spécialistes du monde entier) a établi un ensemble de critères nécessaires pour que le diagnostic de thésaurisation pathologique puisse être posé. Critères diagnostiques :

- Difficultés persistantes à jeter ou à se séparer de certains objets, indépendamment de leur valeur réelle.

Le patient insiste sur le fait que les journaux sont pour lui une « ouverture sur le monde » et une « source d'informations » (sur l'écologie, les métiers, la musique...).

- Ces difficultés sont dues à un besoin ressenti de conserver les objets et à la souffrance associée au fait de les jeter.

Monsieur F. a indiqué à plusieurs reprises qu'il n'aimait pas les technologies modernes (le numérique, l'Internet...). Il se sent rassuré par la représentation pérenne et sécurisante que lui inspire le papier : « je suis tombé dans le papier comme certains tombent dans la drogue ou dans l'alcool ».

- La difficulté à jeter aboutit à une accumulation d'objets qui envahissent et encombrement la maison compromettant de manière importante sa fonction première. Si les espaces sont dégagés, c'est que

cela relève de l'intervention d'une autre personne comme quelqu'un de la famille, des agents d'entretien ou des représentants de l'autorité publique.

Le frère du patient est intervenu à plusieurs reprises pour inciter son frère à trier ses affaires avec plus de rigueur et d'efficacité : c'est lui qui, le premier, a employé le terme de syllogomanie et a fait lire au patient un article sur ce sujet.

- L'accumulation entraîne une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants (y compris le maintien d'un environnement sans danger pour soi-même et pour les autres).

Monsieur F. préfère le terme de « préoccupation » à celui de « détresse cliniquement significative ». L'altération du fonctionnement social se traduit de manière très concrète par le refus du Foyer Logement de ... de reprendre le patient.

- L'accumulation n'est pas due à une maladie physique (comme une lésion cérébrale, etc.) ou un autre trouble mental (comme un TOC, une psychose, etc)

Les résultats de ses évaluations sont lus au patient. Les tests psychométriques permettent d'écarter l'hypothèse d'une démence. Il n'existe pas d'altération des capacités intellectuelles. Son bilan biologique est normal. Les examens d'imagerie cérébrale (scanner et IRM) n'ont pas montré de lésion ou de masse suspecte.

LA THÉSAURISATION PATHOLOGIQUE OU SYLLOGOMANIE D'APRÈS LE DSM-5

Dans la classification américaine du DSM-5, la syllogomanie se retrouve parmi les troubles obsessionnels compulsifs et leur est apparentée. Cependant, on ne sait toujours pas à l'heure actuelle s'il s'agit d'une maladie complètement à part ou non. Il n'existe que peu d'études épidémiologiques facilement interprétables sur la prévalence (nombre de personnes atteintes par rapport à un groupe plus large) de cette pathologie. On estime qu'il y a en France plus de 200 000 personnes qui ont été concernées au moins une fois dans leur vie par ce trouble. Quelques études rapportent que les hommes sont plus souvent touchés que les femmes. En revanche, l'expérience clinique est plutôt en faveur d'une plus grande prévalence chez les femmes. La fréquence du trouble, ainsi que sa sévérité, augmente avec l'âge de la personne.

LES CAUSES DE LA SYLLOGOMANIE

C'est une question dont la réponse reste encore largement inconnue. On sait que, dans certaines familles, les compulsions d'accumulation sont plus fréquentes et intenses. Il s'agit d'un argument en faveur d'une composante génétique dans la genèse de cette maladie. Certaines études ont aussi pu montrer un dysfonctionnement de la communication entre certaines régions du cerveau. Mais ces études doivent être répliquées (reproduites par d'autres équipes de recherche) pour que leurs résultats soient confirmés. Les personnes touchées par la « syllogomanie » sont souvent décrites comme perfectionnistes, ayant un lien sentimental fort avec les objets et des difficultés à prendre des décisions dans leur vie. Ils ont souvent du mal à faire la différence entre leurs sentiments et leurs raisonnements, et entre ce qui est important et ce qui l'est moins.

Monsieur F. approuve cette définition de sa personnalité, notamment dans ses traits de perfectionnisme. Il reconnaît cet attachement affectif fort aux objets : « je me crée un univers personnel avec des objets qui deviennent miens ». La différence entre possession et identité est difficile à établir. Le patient met l'accent

sur sa solitude et sur le rôle causal qu'elle a joué dans la genèse de son trouble. S'il était parvenu à construire une vie de couple, les choses auraient été bien différentes, il en est convaincu.

LES CONSÉQUENCES DE LA SYLLOGOMANIE

Les conséquences de la syllogomanie sont multiples : isolement social, difficultés à assurer l'hygiène et l'entretien général de leur logement en raison de son encombrement. La qualité de vie des personnes souffrant de syllogomanie est considérablement affectée et trois quart des patients présentent également un trouble dépressif caractérisé.

Monsieur F. précise qu'il ne présente aucun symptôme dépressif. Il associe la dépression à la tristesse et ajoute : « il n'existe aucune tristesse en moi, je ne suis pas dépressif et cela étonne tout le monde ».

LA PRISE EN CHARGE DE LA THÉSAURISATION PATHOLOGIQUE

La prise en charge de ce trouble est longue et fait à la fois appel à des traitements médicamenteux et des techniques cognitives et comportementales. Une hospitalisation s'avère souvent nécessaire, ne serait-ce que pour permettre le réaménagement du logement.

POUR ALLER PLUS LOIN

Pour trouver des spécialistes, vous pouvez vous adresser au Centre Médico-Psychologique (CMP) de votre secteur géographique.

Monsieur F. a été suivi au CMP de la ville de Il n'a plus actuellement de psychiatre référent depuis le départ du Docteur ... Il se dit prêt à poursuivre les soins à l'issue de l'hospitalisation mais exprime des réticences à être suivi par un psychiatre. La nécessité de poursuivre le traitement par Risperidone lui est rappelée, ainsi que la nécessité de disposer d'une IDE à domicile pour la bonne prise des médicaments.

Un livre sur les troubles obsessionnels-compulsifs (TOC) a été écrit par le Dr Lionel Dantin : Savoir pour guérir : les troubles obsessionnels compulsifs.

Monsieur F. n'a pas souhaité à ce stade se documenter davantage sur son trouble.

OBSERVATIONS DU THÉRAPEUTE

Monsieur F. se montre très attentif à la lecture de cet article. Il reconnaît dans ce texte plusieurs éléments qu'il avait déjà lus dans un article que lui avait fourni son frère. Monsieur F. se montre intéressé par l'étymologie du terme de syllogomanie. Ses seules dénégations vont porter sur l'inutilité supposée des objets amassés, ce qu'il conteste fortement. Le patient met l'accent sur sa solitude et sur la compensation qu'il trouve dans cet amasement. Les comorbidités obsessionnelles (comme l'évitement du toucher et la crainte de la contamination) ne sont pas abordées lors de cette séance.

Monsieur F. quitte le bureau avec une copie de cet article, annotée par ses commentaires.

Un nouveau RDV est programmé pour la semaine suivante.

TABLEAU DES ARGUMENTS POUR ET CONTRE

Arguments POUR	Adhésion exprimée en pourcentage	Arguments CONTRE	Adhésion exprimée en pourcentage
Si cet objet a une valeur potentielle, il doit être gardé.	100%	Je ne peux pas le garder indéfiniment.	0%
Cet objet est si unique, il n'a pas son pareil.	90%	Il n'est peut-être pas unique mais ça peut arriver.	
Si je jette cet objet sans en retirer toute l'information qu'il possède, je perdrai quelque chose.	100%	Je prélève l'information qui m'intéresse et je jette le reste.	
Je ne pourrai jamais remplacer cet objet.	90%	Il est possible de remplacer cet objet (à voir !)	0%
Je suis responsable de trouver une utilité à cet objet.	90%	Je ne suis pas responsable de l'utilité de cet objet.	
Si cet objet peut servir à quelqu'un, je dois le conserver pour lui/ pour elle.	100%	Si cela peut aider autrui.	
Si quelqu'un touche ou se sert de cet objet, je vais le perdre ou perdre sa trace.	90%	Je le retrouverai.	
Je ne pourrai tolérer de me débarrasser de cet objet.	100%	Si l'objet a une valeur.	
Jeter cet objet signifie perdre une partie de ma vie.	90%	Ce n'est pas perdre une partie de ma vie.	
Cet objet me rassure émotionnellement.	80%	Cet objet ne me rassure pas émotionnellement.	
Cet objet représente les sentiments qui y sont associés.	80%	Ça peut arriver mais il faut savoir s'en détacher.	
Ma vie ne serait pas complète si je n'avais pas cet objet autour de moi.	80%	Ma vie est équilibrée malgré son absence.	
Jeter cet objet serait comme laisser mourir une partie de moi.	70%	Jeter cet objet n'enlève pas une partie de moi-même.	

FICHES DE PSYCHOÉDUCATION “QUEL ACCUMULATEUR ÊTES-VOUS ?”

(O'Connor, St-Pierre Delorme, & Koszegi, 2013)

*Ces histoires subjectives
sont souvent celles qui commencent
avec un « oui mais peut-être. »*



L'accumulateur : à la recherche du trésor caché

Jojo est convaincue qu'il y a des trésors partout. Elle adhère à la maxime : « Où il y a de la boue, il y a de l'argent. » Elle cherche surtout les anciennes toiles, les ornements. S'ils sont brisés, elle les réparera. Elle regarde assidument l'émission « Antique Roadshow » où des stocks sont évalués comme des antiquités de valeur.

Le sentimental

Cindy ne peut se débarrasser des objets qui pourraient lui remémorer des souvenirs associés à sa famille ou à son enfance. Toutes les photos, lettres, dessins d'enfants et même des factures associées à des moments clés de sa vie sont gardés dans des dizaines de boîtes entreposées ici et là dans la maison. Elle ne peut supporter de jeter ces objets, même si ces derniers sont brisés ou déchirés. Elle a le sentiment qu'en jetant ne serait-ce qu'un bouton de la robe de sa fille, c'est comme si elle jetait son enfant aux poubelles. Elle a même gardé des ballons dégonflés que ses enfants avaient soufflés, car ceux-ci contenaient leur souffle. Elle est convaincue qu'elle perdrait le souvenir de la personne si elle se débarrassait de ses objets.

L'accumulateur : des déchets

Marie est entourée de sacs de déchets dont elle n'arrive pas à se débarrasser. La raison pour laquelle elle garde tous ces déchets n'est pas qu'elle aime les ordures, Marie a tout simplement peur de jeter par inadvertance un objet utile. Même si elle fouille entièrement le sac, elle est convaincue que l'objet en question doit être caché dans une boîte ou entre le pli d'un tissu. Son appartement est donc rempli de débris et la Ville menace depuis peu de l'évincer.

*Il semble que le peut-être
soit un adage beaucoup utilisé par
les accumulateurs... Peut-être serait-il
temps de le changer?*



L'accumulateur : recette

Lucie ne peut résister à une bonne recette, que ce soit une entrée, un plat principal ou un dessert. Lucie passe donc son temps à feuilleter les revues à la recherche d'une nouvelle recette

digne d'être cuisinée. Elle a maintenant au-delà de 4 000 recettes toutes entreposées dans des boîtes à travers la cuisine. Pourtant, elle finit toujours par cuisiner l'une des recettes dont elle a l'habitude. Lucie est toutefois convaincue qu'un jour, elle aura le temps de cuisiner toutes ces recettes enfouies dans ses boîtes. Elle attend seulement la belle occasion !

L'accumulateur « on ne sait jamais... »

La maison de Frank est remplie à craquer d'objets de toutes sortes, de gadgets et d'appareils. D'un côté de la maison, des chaises sont empilées à travers les cartons de livres et de l'autre côté, des gallons de peinture trônent au sommet d'un château de vieilles planches. Lorsqu'on demande à Frank la raison de chaque objet accumulé, celui-ci répond promptement : « bien... on ne sait jamais... peut-être un jour, je pourrais en avoir besoin ».

». Bien sûr, ce dernier n'a jamais utilisé ces objets, mais comme il le dit si bien, « le jour où tu jettes quelque chose, le lendemain tu en as besoin ».

Le « un jour peut-être... »

Angela a toujours rêvé de voyager lorsqu'elle aura plus d'argent et plus de temps pour elle. Pour l'instant, elle ramasse toutes les informations possibles sur ses destinations de rêve, que ce soit des dépliants, des revues, des cartes touristiques, des guides, etc. Malheureusement, certaines de ces destinations de rêve sont maintenant inaccessibles en raison de plusieurs événements malencontreux, mais elle garde toujours espoir. Elle reste confiante qu'un jour elle pourra enfin utiliser toute la documentation qu'elle a accumulée au cours des années.

L'intello

Mike a toujours été quelqu'un qui aime apprendre, et il se qualifie lui-même d'autodidacte. S'il achète un nouveau gadget, il peut passer des heures à lire le manuel d'utilisation mot à mot, pour être certain de ne manquer aucune information. Les journaux sont actuellement son gros problème, surtout le journal du samedi. Il y trouve toujours une mine d'or d'information et peut passer des heures à lire et relire chaque rubrique et article. Puisqu'il aime prendre son temps pour bien saisir les choses, il met souvent son journal de côté, en se disant qu'il aura la possibilité de le relire dans les prochains jours. Malheureusement, il trouve rarement le temps de le faire et des piles de journaux se sont accumulées dans son minuscule condo. Plusieurs journaux sont en mauvaise condition et détériorés, mais il les conserve en cas de besoin.

FICHE D'ÉVALUATION DE LA SÉANCE PAR LE THÉRAPEUTE

EVALUATION DE LA SÉANCE PAR LE THÉRAPEUTE

Date :

Lieu :

Séance n° :

OBJECTIF DE LA SÉANCE

AGENDA DE LA SÉANCE

REVUE DES TÂCHES PRESCRITES

DEGRÉ DE COMPLIANCE PAR RAPPORT AUX TÂCHES PRESCRITES

De 5 à 1 selon que la tâche a été réalisée 5) en totalité, 4) à 75%, 3) à 50%, 2) à 25%, 1) tâche non réalisée

THÈMES ABORDÉS DURANT CETTE SÉANCE

TECHNIQUES DE TCC UTILISÉES DURANT CETTE SÉANCE

COMMENTAIRES OU FEED-BACK DU PATIENT SUR CETTE SÉANCE

PRESCRIPTION DE TÂCHES POUR LA PROCHAINE SÉANCE

FICHE D'ÉVALUATION DE LA SÉANCE PAR LE PATIENT

EVALUATION DE LA SÉANCE PAR LE PATIENT

Date :

Lieu :

Séance n° :

DEGRÉ D'ATTENTE PAR RAPPORT À LA SÉANCE D'AUJOURD'HUI

☐ élevé ☐ moyen ☐ faible ☐ inexistant

VOTRE IMPRESSION SUR LES PROGRÈS RÉALISÉS DURANT LA SÉANCE

☐ importants ☐ moyens ☐ faibles ☐ inexistants

MOTIVATION POUR RÉALISER LES EXERCICES DONNÉS LORS DE LA SÉANCE PRÉCÉDENTE

☐ forte ☐ moyenne ☐ faible ☐ inexistante

SENTIMENT D'EFFICACITÉ PAR RAPPORT AUX EXERCICES

Ces exercices vous ont-ils semblé : ☐ très utiles ☐ moyennement utiles ☐ inutiles

COMPÉTENCES ACQUISES DURANT CETTE SÉANCE

Cochez les habiletés que vous pensez avoir acquies grâce à cette séance :

☐ Meilleure compréhension de mon problème	☐ Auto-critique
☐ Stratégies pour remédier à mon problème	☐ Idée nouvelle
☐ Comportement plus adapté	☐ Confiance en moi
☐ Meilleure régulation de mes émotions	☐ Prise de conscience

ATTITUDE DU THÉRAPEUTE

Durant la séance d'aujourd'hui, votre thérapeute vous a-t-il semblé :

Empathique :	☐ oui ☐ non	→ pourquoi : _____
À l'écoute :	☐ oui ☐ non	→ pourquoi : _____
Aidant :	☐ oui ☐ non	→ pourquoi : _____
Compétent :	☐ oui ☐ non	→ pourquoi : _____
Disponible :	☐ oui ☐ non	→ pourquoi : _____

COMMENTAIRES SUR CETTE SÉANCE

OÙ L'ON APPREND QUE MONSIEUR F. EST UN FÉMINIPHILE QUI CHERCHE ENCORE L'ÂME SŒUR...

- Vous aimez vous définir comme un « être rare », un « féminiphile » : voulez-vous expliquer ce que ce terme signifie pour vous ?
- Étant célibataire depuis longtemps, je recherche toujours l'âme sœur et j'ai donc eu le temps durant ce temps de célibat de m'intéresser à la femme depuis des époques passées en allant dans des magasins où on peut trouver des revues anciennes, comme l'Agapanthe à Paris, par exemple, où on peut trouver beaucoup de magazines sur la mode et la féminité ancienne.
- Vous êtes donc plutôt attiré par les femmes qui correspondent à ...
- A ma mère ou à ma grand-mère. La directrice d'un grand magazine féminin a dit un jour à la radio que l'homme qui recherche une femme qui ressemble à sa mère ou à sa grand-mère est un homme qui reste seul.
- C'est votre cas ?
- Oui. C'est mon cas. Il s'agit là d'une vérité. Le changement a eu lieu à partir de mai 68 puis s'est confirmé avec les années 70 et 80. Les rôles de l'homme et de la femme ont changé dans la société, ils sont devenus différents d'avant : l'homme et la femme travaillent tous les deux. Donc je suis pour la parité de l'homme et de la femme mais il y a des dérives que je n'accepte pas comme les divorces accélérés, ces séparations qui se développent facilement : on n'a plus besoin d'un juge maintenant, on peut aller devant un avocat simplement. Quand même !
- C'est une pratique qui vous choque ?
- Oui, je tiens à la fidélité.
- La fidélité est une valeur importante pour vous.
- Oui. Le Père en a parlé à la messe ce dimanche. La fidélité est une valeur importante dans les couples alors que maintenant on se sépare pour un rien, en tout cas pour pas grand-chose. Autrefois, on faisait davantage attention au qu'en dira-t-on, à la famille, aux enfants... avant de se séparer. Maintenant, cela fait partie de la vie amoureuse des gens. Après dix ans, quinze ans, on passe à autre chose. Pour beaucoup de choses comme cela, tout passe vite maintenant, tout est rapide : les

images de la télévision, les gens à la radio qui parlent vite. Moi j'aime bien ce qui est un peu plus statique, les traditions dans le pays. L'élégance et la courtoisie sont deux valeurs bien françaises, reconnues dans le monde entier mais qui ont tendance à se perdre parmi d'autres valeurs. On assiste à une sorte de nivellement de la population qui est impressionnant. Tout le monde finit par se ressembler dans sa manière d'être, de s'habiller, de parler, dans ses loisirs...

- Comment trouvez-vous votre place dans cette société qui... ?

- Je me sens un petit peu en marge, presque comme un satellite (rit), en orbite autour de la Terre et qui regarde l'Humanité d'un peu loin... et de près aussi... les deux... donc je me sens un petit peu déconnecté par rapport à une société moderne, des trente dernières années dirons-nous.

- Et donc, comment voyez-vous votre place dans cette société ?

- (continue en ignorant ma question) j'ai plaisir à me replonger dans les documents d'autrefois et c'est un véritable plaisir et un bien-être. Je me sens donc mal à l'aise dans la société actuelle. J'essaye de m'adapter un peu mais ce n'est pas facile.

- Vous parliez du plaisir que vous avez à vous replonger dans les choses anciennes. Pourriez-vous nous parler de la manière dont cette attirance pour les choses anciennes impacte votre vie au quotidien ?

- Et bien, c'est le... j'ai inventé un mot qui ne se trouve pas dans le dictionnaire, c'est le traditionnisme. Je suis traditionniste, c'est-à-dire que je suis attaché aux traditions. Il y a le terme traditionnalisme qui existe mais le sens est différent : c'est davantage lié à la croyance. Tandis que moi je suis attaché aux différentes traditions de mon pays, la France, je suis donc un traditionniste qui s'oppose au moderniste. Le moderniste, en général, vit dans le temps actuel, dans le temps moderne, le temps d'aujourd'hui, en rejetant les racines, les fondements de notre société. La France ne date pas d'il y a cent ans ou deux cents ans, elle a une histoire qui est longue. Alors pourquoi rejeter, renier ou méconnaître nos traditions ? dans tous les domaines car ce n'est pas simplement la gastronomie.

- Comment s'exprime cet attachement à la tradition dans votre vie quotidienne ?

- Dans ma vie quotidienne, c'est difficile. Là bon, je suis dans une période un petit peu particulière mais dans ma maison par exemple, j'ai acheté des meubles qui rappellent le temps ancien. Je suis allé acheter des meubles en merisier qui rappellent le temps de Louis Philippe, stylisés de manière un peu plus moderne mais rappelant le temps ancien. Je n'aime pas le mobilier contemporain, très

peu. Les vêtements, je m'habille classique. Je porte des vêtements classiques : un pantalon bien coupé, une chemise, une cravate bientôt parce qu'il fait un peu froid, donc...

- Vous avez évoqué lors de nos entretiens précédents une période de harcèlement professionnel où des collègues se moquaient de votre apparence vestimentaire...

- ... et de ma religion aussi. Et puis de mon genre de vie.

- Quelles formes prenaient ces moqueries ?

- Oh... ben... c'est par la parole, c'est par des gestes, des ricanements ou des énervements. Ma bon, la plupart des gens je m'entendais bien avec la plupart de mes collègues, heureusement. C'était quand même une petite minorité qui était agissante... Je voudrais que la religion reprenne un essor important dans la société.

- De quelle religion parlez-vous ?

- La religion chrétienne. Oui. Il n'y a plus que 5 % de pratiquants réguliers, ce qui n'est pas beaucoup, en France, qui est la fille aînée de l'Eglise, quand même ! En Pologne, 30 % quand même. En Italie, 20 % je crois. Donc il y a un impact sur le comportement des gens. Si on n'a plus de religion, on n'a plus de morale. Si on n'a plus de morale, on n'a plus de respect. Donc de là, on ne respecte plus la vie, tuer devient quelque chose de tout à fait normal. On ne respecte plus la lutte pour la vie, et ce même dès le commencement de la gestation : tu ne tueras point, ça fait partie des commandements divins. Tu ne voleras point, aussi. Donc à partir de là, toute la société vivrait dans la paix. Parce que là, maintenant, il se développe une insécurité partout, il faut toujours être sur le qui-vive, il faut toujours faire attention. Nos parents n'étaient pas comme ça. Ils vivaient beaucoup plus tranquillement.

- Quand ressentez-vous cette insécurité ?

- (ignore ma question) ... parce que j'ai connu dans ma jeunesse la vie d'avant, la vie qu'ont connue nos parents et nos grands-parents. Donc je m'en rappelle. C'était plus calme, sans tous les événements qu'il y a maintenant. Il y a donc bien une perte des valeurs : le respect, la courtoisie, l'honneur, le respect de la parole donnée, le respect de la vie, la fidélité, l'amour... aimer... aimer...

- C'est un verbe important pour vous ?

- Oui donc c'est sûr que dans ma vie, il manque de l'amour. Bon, j'essaye de compenser.

- Comment compensez-vous ?
- Quand je rencontre des personnes. Quand je rencontre des personnes de toute sorte. J'essaye de présenter le meilleur aspect de moi-même en étant toujours gentil, en ayant des bonnes paroles, en étant réconfortant, en aidant matériellement. Si je rencontre un pauvre par exemple.
- C'est possible d'être toujours gentil ?
- Oui. On me surnommait un petit peu comme ça au bureau. Je suis toujours assez stable, je ne me mets jamais en colère. Je peux monter le ton de la voix par contre, cela peut arriver. J'utilise cette formule : « je suis à marée haute » quand je monte le ton et que je commence un petit peu à sermonner. Aujourd'hui on ne veut plus sermonner. Les parents autrefois sermonnaient leurs enfants, aujourd'hui il y a beaucoup plus de liberté dans l'éducation.
- J'ai le sentiment à vous écouter que vous réprimez beaucoup, que vous vous contrôlez beaucoup.
- Oui. Parfois aussi je me reproche de ne pas avoir tout dit dans mes paroles, de ne pas avoir été jusqu'au bout... de mes paroles, de mes croyances... ce n'est pas toujours facile. On est dans un monde assez matérialiste. J'ai un collègue de bureau qui est un petit peu au même niveau que moi. C'est un plaisir de parler avec lui parce qu'il est un peu comme moi : il vit à Neuilly, dans une location aussi, alors qu'il a beaucoup d'argent, il était cadre supérieur, il pourrait s'acheter un beau logement à Paris, et non, il vit dans une location à Neuilly. On a à peu près les mêmes croyances et les mêmes idées.
- Vous le voyez toujours ?
- On se contacte au téléphone comme je me suis éloigné. J'ai résilié ma ligne fixe pour diminuer mes frais, comme je paye un loyer dans mon gîte. J'ai une somme par semaine à ne pas dépasser, je dois faire plus attention qu'avant.
- Comment faites-vous pour ne pas dépasser ?
- Je fais des efforts ! (rit) Surtout au niveau de la presse et des journaux.
- C'est justement ce que vous aimiez acheter...
- Depuis que je suis rentré de l'hôpital, je n'ai acheté que deux journaux et une revue.
- Quelle somme d'argent avez-vous dépensé en journaux depuis que vous êtes sorti de l'hôpital ?

- J'ai acheté deux journaux, le Parisien, un Match et puis un Sciences et Vie aussi.
- Quelle somme d'argent ça représente ?
- Pff... oh ben 6 ou 7 euros... disons 7... mais c'est rien par rapport à ce que j'achetais auparavant. Comme j'ai déjà beaucoup de choses dans ma documentation, j'arrive davantage maintenant à faire le tri : ça je l'ai déjà, ça ce n'est pas la peine de le racheter... donc je n'achète que s'il y a quelque chose d'important.
- Quels efforts cela vous a-t-il demandé de ne pas céder à ces achats compulsifs de journaux ?
- Et bien je suis un peu frustré.
- Sur une échelle de 0 à 10, où zéro serait la note la plus faible et dix la note la plus élevée, à combien évaluez-vous votre frustration ?
- Cela va aller de 6 à 7 selon les moments. Les choses que je vois sont chères : 5 euros, 6 euros... Bien sûr, ce sont les magazines les plus intéressants qui sont les plus chers ! Le sujet est traité à fond, donc évidemment, il y a une grande documentation dedans, donc la revue est chère. Bien souvent, il n'y a pas de publicité et le prix est plus important.
- Vous avez vous-même une collection de revues très importante...
- Oui, sur différents domaines...
- Pourquoi ne pas aller chercher, sur un sujet qui vous intéresse, un ancien numéro que vous auriez archivé ?
- Il y a des revues qui réactualisent certains sujets.
- Dans ce cas, pourquoi conserver les anciens numéros ?
- Par exemple, dans le domaine de l'immobilier qui me concerne en ce moment comme je suis en recherche d'un autre logement, là c'est important et j'en ai acheté il y a quelques temps. J'ai fait l'effort d'acheter ces revues car elles m'apportent des éléments actuels.
- Dans ce cas, quel est l'intérêt de conserver les anciens numéros qui portent sur le même thème si le sujet a été réactualisé par les nouvelles parutions ?
- Là c'est comme ça pour l'immobilier mais ce n'est pas le cas pour tous les thèmes. Sinon, l'Histoire, la science... j'ai acheté le Sciences et Vie parce qu'il y avait un article sur le magnétisme

et les recherches en cours sur l'électromagnétisme. C'est important. On a tous en nous un certain degré de magnétisme qui est plus ou moins développé suivant notre personne. J'ai déjà été voir un magnétiseur et quand il passe la main sur le corps, on ressent une chaleur.

- Est-ce que vous avez déjà ressenti cette sensation dans d'autres circonstances ?

- Non. (silence) La plupart des gens aujourd'hui vivent de façon moderne. Ils perdent des qualités en eux-mêmes, ils utilisent très peu toutes les possibilités du cerveau...

- C'est votre cas ?

- (ignore ma question) à part les académiciens, les gens qui sont à un certain niveau intellectuel...

- Est-ce votre cas ? Est-ce que vous utilisez peu les capacités de votre cerveau ?

- J'essaye de les développer. Mais cela suppose d'être dans des conditions de confort qui sont quand même utiles pour développer ces facultés, notamment ces facultés parapsychologiques telles que la télépathie, la télékinésie, le magnétisme...

- Vous m'aviez dit que vous pensiez avoir vous-même des dons de télépathie et de télékinésie ?

- Oui. (silence) J'ai un cours de parapsychologie, entier, que je n'ai pas encore abordé. C'est toujours repoussé ce cours parce que j'ai pas le temps mais un jour, je vais m'y mettre, quand j'aurai trouvé mon logement, que je serai au calme, dans le confort...

- Je vous propose que l'on consacre le reste de cette séance aux tableaux que vous avez remplis concernant vos TOC de lavage durant la période de la semaine écoulée.

- D'accord.

- Donc là, c'est le tableau de la période 1 après l'hospitalisation qui recense le nombre de lavages de mains. Il y en a 5 à 10 par jours au départ, puis 10 à 15.

- Oui, parce que c'était le lundi de la sortie donc il y en a eu moins. Mais les autres jours, c'est entre 10 et 15.

- Les pensées automatiques sont surtout : « je veux avoir les mains propres ». Il n'y a pas d'autre pensée ?

- Non. Je me sens les mains sales. Le désir de propreté. Je sais que je peux me les laver.

- Imaginons que l'on vous supprime cette possibilité de vous laver les mains. Quelles seraient vos pensées à ce moment là ?
- Je serais contrarié et préoccupé. Je ne serais pas bien.
- Vous disiez « je chercherai toujours une autre solution »...
- Oui. Cela m'est arrivé quand je n'avais pas d'eau sous la main de prendre un peu de terre propre dans un jardin ou des feuilles d'arbre propres, en vérifiant bien qu'il n'y avait pas de ... (rit)... de saleté...
- C'est étonnant quand on sait que la terre de jardin est un des substrats qui contient le plus de bactéries...
- Oui... mais elle permet de laver aussi. Quand on n'a pas de savon, on peut laver un linge avec de la terre. Si on manque de savon, on peut utiliser la terre.
- Vous pourriez me donner par ordre croissant des exemples de choses que vous trouvez propres, en allant du plus propre au plus sale ? Quelle serait la chose la plus propre qui soit ?
- (silence) c'est difficile à dire. En principe, c'est l'eau minérale.
- L'eau minérale présenterait 100 % de propreté ?
- Oui.
- Vous parliez de la terre du jardin. Pour vous, c'est propre à combien de pour cent ?
- Ah... tout dépend de comment la terre a été cultivée, c'est toujours pareil. Tout dépend si on est dans un jardin ou dans un champ.
- Prenons chacun de ces exemples : un jardin cultivé. Pour vous, la terre est propre à combien de pour cent ?
- Soixante. Il peut toujours y avoir des vers mais en principe, c'est quand même un matériau qu'on peut utiliser pour se nettoyer les mains si on a les mains vraiment sales, on prend de la terre (fait le geste de nettoyage) et ça enlève la plus grosse partie du cambouis...
- Et un champ, ce serait propre à combien de pour cent ?

- Les champs maintenant, avec l'agriculture moderne, ils mettent beaucoup de pesticides donc j'ai un peu moins confiance que la terre d'un jardin.
- Un champ cultivé serait propre à combien de pour cent ?
- Quarante.
- Un jardin non cultivé ?
- Soixante-dix.
- C'est les pesticides qui font la différence ?
- Oui, c'est ça qui me fait peur. Tous les produits qui sont utilisés. Maintenant dans les jardins publics, il y a de plus en plus de culture sans pesticide. Il y a des panneaux maintenant : « nos jardins sont cultivés sans pesticide ».
- Un objet que vous ramasseriez dans la rue ?
- Oh non ! C'est sale.
- Ce serait sale à combien de pour cent ? Une pièce de monnaie que vous ramasseriez dans la rue ?
- Je prendrais un mouchoir pour la ramasser.
- C'est sale à 100 % ?
- Oui, à 100 %. L'argent...
- Une pièce de monnaie qui passerait de main en main... en atelier de remédiation par exemple...
- Toujours pareil. C'est presque pareil... Mais bon... (silence) une pièce par terre... on ne sait pas à quoi elle a servi... oui, ce serait me mettre dans une situation difficile...
- La main d'une personne qui vous tend la main... c'est propre à combien de pour cent ?
- Hum... en partant tout à l'heure, j'ai serré la main à des personnes. Bon, je l'ai fait. Le monsieur qui part en vacances... la petite dame...
- Qu'est-ce que vous avez pensé ?
- Hum... il y a des moments où je ne pense pas trop à ça.

- Vous êtes allé aux toilettes après...
- Oui, je suis allé aux toilettes après...
- Pour vous laver les mains ?
- (acquiesce) Je me suis lavé avant et après. Comme ça, c'est sûr ! (rit)
- Imaginons que vous n'avez pas pu vous rendre aux toilettes et que vous deviez resté avec les mains non lavées qui ont serré les mains des personnes présentes à l'atelier... quel aurait votre degré d'inconfort à ce moment là ?
- ... Oh ben j'essaye de le diminuer avec un petit papier ou un petit mouchoir que j'ai sur moi. Je m'essuie les mains, ça diminue déjà à 70... disons de 7/10, on revient à 3 ou 4.

OÙ L'ON DÉCOUVRE COMMENT MONSIEUR F. S'EST DEBROUILLÉ POUR NE JAMAIS TOUCHER UN BILLET USAGÉ EN 40 ANS...

- Vous parliez de votre motivation concernant notre séance précédente : vous disiez que la motivation était plus faible et que les lavages de mains sont plus difficiles à réguler que le trouble d'accumulation. Vous disiez : « c'est tellement ancré en moi ».
- Oui. Parce que je ressens un bien-être à la fin. C'est toujours cette recherche de bien-être qui me motive. C'est ce que j'ai écrit dans mes tableaux. Pensée avant : « mes mains sont sales, je dois les laver, par hygiène et pour lutter contre les microbes et les virus ». Sensations et émotions de 0 à 10 : sensation de malaise, peur d'ingérer et de transmettre des microbes, besoin d'être propre, surtout avant les repas donc 7 à 8 sur 10. Et puis la description du rituel : premier lavage à l'eau, durée courte, premier savonnage des mains qui est plus long, deuxième lavage complet et parfois, il peut y avoir un deuxième savonnage et un lavage si besoin.
- Comment vous évaluez le besoin du deuxième savonnage ?
- Si mes mains sont très sales. Si j'ai touché quelque chose de très sale. Je me dis : « il doit en rester encore » et donc je le refais. C'est dans ces cas là.
- C'est en fonction du degré de saleté estimé avant le lavage ? En fonction du risque de contamination par les objets avec lesquels vous êtes entré en contact avant le lavage ?
- Oui, c'est pas fréquent. Ça arrive, ça peut arriver. Et puis la satisfaction en fin de rituel : « satisfaction, sensation de bien-être », là, c'est 10 ! C'est vraiment... extrême.
- D'accord. J'aimerais qu'on se projette dans une situation où vous ne feriez pas le lavage. Par exemple, en fin d'atelier de remédiation cognitive, quand vous devez serrer la main des autres participants ou manipuler des objets sans savoir qui les a touchés avant vous. Imaginons que vous ne fassiez pas le lavage de mains. Quelles sont vos pensées, qu'est-ce que vous vous dites ?
- Là, ce qui m'a motivé, c'est mon besoin naturel. Me rendre aux toilettes, faire pipi. Là, automatiquement, je me lave avant et puis je me lave après. S'il n'y avait pas ce besoin naturel, j'aurais pu venir ici comme ça. Ça ne m'aurait pas traumatisé dirons-nous. Un peu gêné mais pas traumatisé.

- A combien ça vous aurait gêné de venir jusqu'au bureau sans vous laver les mains ?
- Quatre sur dix. Je n'ai pas touché des choses très sales : quelques mains, quelques stylos. Ça n'aurait pas été dramatique. C'est toujours cette sensation de bien-être après, c'est important. Je le recherche.
- Qu'est-ce que vous vous dites par rapport à l'état de saleté potentiel de vos mains ?
- A quel moment ?
- Avant le lavage.
- Heu... avant le lavage, je me suis lavé les mains avant d'aller aux toilettes, je me suis dit : « je vais toucher mes affaires, mes vêtements, mon... intimité pour faire pipi... là, il est nécessaire que mes mains soient propres, c'est quand même mieux.
- Il n'est pas envisageable de vous rendre aux toilettes sans vous être lavé les mains ?
- Non.
- Si vous deviez à ce moment-là, aller aux toilettes et uriner sans vous être lavé les mains, que se passerait-il ?
- Pfff... c'est vraiment dans les cas d'urgence où on ne peut pas... où il faut aller très vite... bon ça m'est arrivé déjà... on passe outre...
- Qu'est-ce qui se passe dans ces cas-là ?
- Je ne suis pas satisfait. C'est pas l'idéal.
- C'est désagréable pour vous d'en parler, là ?
- C'est source d'une petite contrariété, oui.
- Une contrariété à combien ?
- (me coupe la parole) Comme je m'organise, j'ai toujours quelque chose pour me nettoyer, dans ma voiture ou sur moi... des affaires pour m'essuyer les mains... des mouchoirs, des bouteilles d'eau dans ma voiture...
- Dans les situations d'urgence auxquelles vous avez été confronté, quelle était l'importance de votre contrariété ?

- Six ou sept sur dix. Suivant ce que j'ai fait auparavant. Évidemment, si j'ai touché de l'argent et que je dois faire un besoin, là, c'est gênant ?

- Ça, c'est le pire du pire ?

- Mais je suis tellement bien organisé que je prévois ce genre de... je veille à ce que ça ne se reproduise plus. Donc je veille à avoir toujours sur moi quelque chose qui me permette de m'essuyer.

- Donc le scénario du pire c'est devoir uriner après avoir touché de l'argent...

- On peut citer ce cas là, oui...

- Et sans procéder au rituel de lavage...

- Oui. Mais je m'organise pour que ça ne se reproduise plus.

- Oui, j'ai bien compris !

- Même si ça s'est produit une ou deux fois, je m'en souviens, je garde ça en mémoire. Et je me dis, ça ne se reproduira plus. Maintenant, je m'organise pour que ça ne se reproduise plus.

- Ce que je vous demande là, c'est de vous exposer au scénario du pire, de vous exposer en imagination à cette situation du pire que pire où vous devez aller uriner après avoir touché de l'argent et sans procéder au rituel de lavage. Qu'est-ce que vous pensez ?

- Il y aussi la possibilité de s'essuyer rapidement les mains sur des feuilles encore humides de la pluie d'hier... Il faut savoir trouver des solutions.

- Vous ne voulez pas me parler de ce que vous imaginez là...

- Non.

- Pourquoi ?

- Parce que je fais ça rapidement, c'est automatique. Je n'ai pas le temps de réfléchir.

- Ce que j'essaye de vous montrer, c'est que le fait que vous vous arrangiez pour que cette situation ne se produise pas vous permet d'échapper à ça. Et ce que je vous demande là dans le cadre de la thérapie, c'est de vous exposer au scénario du pire et de me parlez des pensées que vous pouvez avoir à ce moment là et des sensations que vous pouvez éprouver.

- Hum... ça va tellement vite. Dans l'urgence. Ce sont des procédés techniques qu'on met en œuvre pour trouver la solution la plus satisfaisante. Je prends un mouchoir dans ma poche, je m'essuie, hop... ou les feuilles... ou ça peut être de la terre si elle est propre... c'est un petit moment d'angoisse qu'il faut essayer de maîtriser. Il faut essayer de trouver une solution rapide quand il se pose un problème. Ça fait travailler l'esprit évidemment, ça va vite. Parfois le besoin est urgent, il faut trouver une solution. Pour l'homme, c'est plus facile que pour la femme dans ces cas là. Quand on est à l'extérieur. Quand on est dans une maison ou comme ici à l'hôpital, il y a des toilettes partout. Mais quand on est dans un lieu où il n'y a rien...

- Ça vous est arrivé ?

- Ça m'est arrivé, oui. Il faut vite trouver une solution. Il y a parfois du monde, des gens partout.

- Qu'est-ce que ça change qu'il y ait des gens partout ?

- Ben on n'a pas envie d'être regardé.

- Ah ! Vous n'aimez pas être regardé pendant le rituel de lavage ?

- Pendant le nettoyage... ça pourrait paraître bizarre : se frotter les mains aux feuilles (rit) ou à de la terre...

- Qu'est-ce qui se passe si on vous regarde pendant le rituel ?

- Oh ben je le fais quand même. Mais je suis bien organisé maintenant, ça devient une routine.

- Je sais que vous êtes bien organisé et que justement vous parez à tout. Mais ce que je vous demande là dans le cadre de l'exercice, c'est de vous remettre dans la situation...

- ... où je ne suis jamais. J'ai pu l'être autrefois, avant j'étais mal organisé. Maintenant je sais comment faire.

- Je sens bien que dès qu'on arrive à la partie exposition, en fait, vous résistez. Je perçois de la résistance parce que ce que je vous demande là est pénible pour vous.

- (acquiesce) le plus terrible, ça a été, une fois, bloqué sur l'autoroute et avoir une forte envie de faire pipi. Et donc il y a du monde partout, il y a des voitures partout, l'autoroute est bloqué, il n'y a aucun arbre, aucun bosquet dans le coin, ça été terrible cette fois là...

- Vous étiez au volant ?

- Oui, au volant de ma voiture. Je me suis dit : je ne vais pas faire dans ma voiture quand même. Comment faire ? Alors, en réfléchissant, j'ai fini par trouver. Ça a aussi été une question de chance.

- Vous étiez bloqué dans un embouteillage ?

- Oui, bloqué dans un embouteillage sur l'autoroute, sur la voie de gauche en plus. J'ai profité d'un moment où ça avançait un petit peu pour me mettre sur la partie droite de l'autoroute et puis après, je me suis retenu un peu et j'ai vu un petit bosquet arriver et quelques arbres. J'ai mis ma voiture sur la bande du côté et puis j'ai franchi l'espace, et puis j'ai mis mon warning.

- Les autres véhicules étaient à l'arrêt eux aussi...

- Oui.

- Donc on peut imaginer que les gens vous ont vu ?

- Ils m'ont vu traverser l'espace et aller vers le bosquet. Ils ont du comprendre que j'allais faire un besoin naturel. Mais j'ai pu me mettre sur la voie de droite. Parce que quand on est bloqué sur la voie de gauche et qu'on est bloqué et que ça n'avance plus, c'est l'angoisse qui monte. Bon j'avais mis ma radio, tout ça pour m'occuper un petit peu...

- Vous diriez que votre angoisse était à combien ?

- Oh la ! Au maximum, à dix.

- Et dans votre tête, il y avait quelles pensées ?

- J'essayais de trouver la solution, je réfléchissais. Je me disais : je ne peux pas m'arrêter sur la voie de gauche, c'est pas possible, il faut que je mette sur la voie de droite pour arriver à la bande de stationnement d'urgence, à droite. Et c'est ce que j'ai pu faire. Mais si je n'avais pas pu le faire, je ne sais pas... n'ayant pas d'urinoir portatif comme on en a à l'hôpital (rit). C'est pourquoi il est toujours bon d'avoir dans une voiture un petit récipient, ça peut être utile.

- Par rapport à notre problématique de lavage des mains, qu'est-ce qui était difficile ? C'était le fait de ne pas pouvoir uriner ou de devoir aller uriner sans pouvoir vous être lavé les mains alors que vous aviez touché le volant ?

- Oui mais bon, mon volant, il n'est pas trop sale, je le connais, c'est moi qui conduis d'habitude, donc ça va.
- C'est gênant quand c'est les autres qui ont touché...
- Oui voilà. Quand j'ai touché des choses qui appartiennent à d'autres personnes. Comme des pièces de monnaie ou des billets...
- Le pire, c'est l'argent.
- Oui, l'argent qui passe dans toutes les mains.
- Votre travail, c'était justement à la Banque de ..., non ?
- Oui mais les billets sont neufs là-bas ! C'est différent ! (rit)
- Vous ne touchiez que des billets neufs !!
- Oui, c'est ça l'avantage ! On a des billets neufs qui proviennent de C., là où se trouve l'usine de fabrication. Quand je travaillais, je ne retirais que des billets neufs au distributeur. Maintenant, ceux que je retire au distributeur, oh ils sont propres en général, il faut pas se plaindre...
- C'est à dire que toutes les années où vous avez travaillé, vous n'avez retiré que des billets neufs.
- Oui, c'est bien ça.
- Sauf que quand vous payiez avec vos billets neufs et qu'on vous rendait la monnaie, on ne vous rendait pas des billets neufs !
- Voilà, le problème, c'est quand on reçoit de la monnaie de la caissière... donc maintenant, j'ai un truc, j'ouvre mon porte-monnaie et c'est la caissière qui met tout dedans.
- Vous ne touchez plus du tout l'argent !
- Non, j'ai trouvé le système ! (rit) J'ouvre mon porte-monnaie, elle voit que c'est ouvert, qu'il y a d'autres pièces et elle les met dedans et puis voilà.
- Quelle est la conséquence du fait que vous évitiez complètement d'entrer au contact de l'argent ?

- Je repars avec mes mains propres ! Mais je me les lave quand même à la voiture. Un petit peu, brièvement, vite fait avant de reprendre le volant. Parce que j'ai touché des magazines, j'ai ouvert des journaux donc qui ont pu être touchés par d'autres, des magazines qui ont été regardés et non pas achetés par d'autres personnes sur le rayon.

- Certains magazines sont proposés à la vente emballés dans du plastique.

- Oui, ça arrive.

- Est-ce que vous allez préférer un magazine emballé dans du plastique ?

- J'aime bien voir à l'intérieur du magazine avant d'acheter, comme je fais des économies, je veux voir si le contenu est en rapport avec le prix affiché. Je prend mon temps, j'arrive suffisamment à l'avance dans le magasin (il précisera plus tard qu'il fait la fermeture du magasin quatre fois par semaine).

- Vous constatez que, de plus en plus, vous mettez en place des rituels qui vous permettent d'éviter cette situation, de ne pas vous confronter...

- Oui.

- On va faire l'analyse de cette situation au tableau (analyse fonctionnelle) :

Situation problème	Toucher de l'argent ou des objets touchés par d'autres personnes
Émotions	Peur de la contamination
Pensées	Saleté, éviter la transmission des microbes et virus, maladie, risque de décès
Imagerie	Le virus de la grippe dans les dessins des magazines scientifiques Les pesticides, les gaz des voitures, les micro-particules
Comportement	Rituels de lavage avec répétition de certaines séquences Limitation pour ne pas gaspiller l'eau Évitement du contact direct +++
Conséquences +	Plaisir, bien-être, soulagement, contentement
Conséquences -	Peau desséchée, consommation d'eau, stigmatisation sociale, isolement

- Vous est-il arrivé de laver les pièces de monnaie ?
- Non. (silence) ça peut m'arriver quand je suis chez moi (il dira plus loin qu'il lave les pièces qu'il destine à la quête de la messe, à l'église). Une fois si, il n'y a pas longtemps, un billet de cinq euros qui me paraissait très sale, je l'ai nettoyé sous l'eau, je l'ai mis à sécher, le lendemain, il était sec. Et propre.
- Et qu'est ce que vous en avez fait ? (perplexité du thérapeute)
- Je l'ai vite redonné le lendemain au supermarché, là où ils me l'avaient donné d'ailleurs ! (rit)
- Qu'est-ce que ça vous a procuré de laver un billet que vous avez redonné dès le lendemain ?
- J'ai nettoyé quelque chose qui était sale et fripé. Je l'ai redonné dans un état presque impeccable.
- Et ça, ça vous procure une satisfaction importante ?
- Oui. J'ai lutté contre les virus et les microbes.
- C'est comme une victoire...
- Oui, une victoire contre la saleté, contre les virus.