

Huon Perrine – 17 rue  
Etienne Oehmichen,  
51000 Châlons-en-  
Champagne

Tuteur : Gabriela Anchen

# Trouble Obsessionnel- Compulsif de vérification chez l'adulte âgé

Mémoire de Module 3 - 2022

<b>RESUME</b>	<b>2</b>
<b>CADRE DE TRAVAIL</b>	<b>2</b>
<b>MOTIF DE CONSULTATION</b>	<b>2</b>
<b>ANAMNESE</b>	<b>3</b>
<b>HISTOIRE DE L'ÉPISODE ACTUEL</b>	<b>3</b>
<b>HISTOIRE DU TROUBLE</b>	<b>4</b>
<b>HISTOIRE PRODROMIQUE ET FACTEURS DE RISQUE</b>	<b>5</b>
<b>HISTOIRE DE VIE</b>	<b>5</b>
<b>DIAGNOSTIC</b>	<b>6</b>
<b>DEMARCHE DIAGNOSTIQUE</b>	<b>6</b>
<b>HYPOTHESES DIAGNOSTIQUES</b>	<b>7</b>
<b>DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL</b>	<b>8</b>
<b>ÉCHELLES DIAGNOSTIQUES COMPLEMENTAIRES</b>	<b>10</b>
<b>CADRE THEORIQUE</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>11</b>
<b>LE RISQUE SUICIDAIRE DANS LE TOC</b>	<b>11</b>
<b>LES SPECIFICITES DU TOC CHEZ LA PERSONNE AGÉE</b>	<b>12</b>
<b>LES TOCs DE VERIFICATION</b>	<b>13</b>
<b>LIGNE DE BASE</b>	<b>15</b>
<b>Y-BOCS</b>	<b>15</b>
<b>BILAN DES EVALUATIONS</b>	<b>16</b>
<b>ANALYSE FONCTIONNELLE</b>	<b>16</b>
<b>SYNCHRONIE</b>	<b>16</b>
<b>DIACHRONIE</b>	<b>18</b>
<b>CONCLUSIONS SUR L'ANALYSE FONCTIONNELLE</b>	<b>18</b>
<b>ANALYSE DE LA DEMANDE</b>	<b>19</b>
<b>PROJECTIONS THERAPEUTIQUES</b>	<b>20</b>
<b>PRESENTATION DES SEANCES</b>	<b>23</b>
<b>EXPLICATION D'UNE METHODE AU PATIENT : L'EXPOSITION AVEC PREVENTION DE LA REPONSE</b>	<b>23</b>
<b>APPLICATION D'UNE METHODE AVEC LE PATIENT : RESTRUCTURATION COGNITIVE SUR LA RESPONSABILITE</b>	<b>24</b>
<b>ANALYSE DE L'ÉCHEC ET DE LA REUSSITE</b>	<b>25</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>27</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>30</b>
<b>ANNEXE 1</b>	<b>30</b>
<b>ANNEXE 2</b>	<b>31</b>
<b>ANNEXE 3</b>	<b>32</b>
<b>ANNEXE 4</b>	<b>33</b>

## Résumé

Cet écrit retrace les étapes de la thérapie cognitive et comportementale proposée à Joseph, un patient de 77 ans souffrant d'un Trouble Obsessionnel Compulsif de vérification évoluant depuis plusieurs décennies.

La première étape est centrée sur la démarche diagnostique, en particulier sur la distinction entre le TOC de vérification et le Trouble d'Anxiété Généralisée dans ses conduites de réassurance. Ensuite, le fonctionnement de Joseph sera éclairé par une SRC. Enfin, les étapes thérapeutiques seront inspirées du modèle cognitif du TOC établi par Rachman (2002) et consisteront en un travail à la fois comportemental (exposition avec prévention de la réponse) et cognitif (restructuration cognitive sur le sentiment de responsabilité, de probabilité et de gravité d'un danger en l'absence de vérification).

Une réflexion sera présentée autour des difficultés rencontrées en thérapie et de l'alliance thérapeutique.

## Cadre de travail

J'exerce la profession de psychologue clinicienne à l'Établissement Public de Santé Mentale de la Marne, dans un pôle extrahospitalier dédié à la psychiatrie de la personne âgée. Ma pratique est conjuguée à celle d'une équipe pluridisciplinaire composée d'une psychiatre spécialisée chez la personne âgée et de plusieurs infirmier(e)s. Nous accueillons des patients pour des prises en soin ambulatoire, âgés de 65 ans *a minima* et présentant une symptomatologie psychiatrique d'apparition tardive, ou bien en rupture de suivi depuis de nombreuses années. Les adressages vers notre service peuvent être réalisés par un médecin (traitant ou non), le patient lui-même ou une tierce personne (famille, professionnel du réseau gériatrique, etc.).

## Motif de consultation

Joseph a été rencontré par notre psychiatre sur l'unité d'hospitalisation de psychiatrie de la personne âgée de notre établissement dans un contexte de tentative d'autolyse par intoxication médicamenteuse volontaire. A sa sortie, un relais est proposé et accepté par le patient en ambulatoire.

La tentative de suicide de Joseph s'inscrit dans le cadre d'un Trouble Obsessionnel-Compulsif (TOC) à type de vérification devenant de plus en plus envahissant. Il prenait depuis plusieurs années un traitement antidépresseur prescrit par son médecin traitant, qu'il a arrêté de son propre chef et sans accompagnement. L'arrêt de la médication a conduit à un effondrement de l'humeur, et deux mois plus tard au geste suicidaire pour lequel il fut hospitalisé.

Joseph a accepté volontiers le suivi dans la mesure où l'ampleur de ses compulsions a été le déclencheur de sa tentative de suicide. L'humeur est améliorée à sa sortie, mais il souhaite éviter à tout prix de rechuter. Je rencontre donc le patient dans ce contexte et lui donne à notre premier

entretien des informations sur le fonctionnement des TCC et leur indication dans les TOCs. Il est favorable à cette manière de procéder et motivé, nous débutons donc la thérapie.

## Anamnèse

### Histoire de l'épisode actuel

Joseph est un homme de 77 ans qui souffre d'un TOC de vérification depuis plusieurs décennies. Aujourd'hui, pratiquement aucune obsession n'est constatée bien qu'il demeure une notion de prévention d'un danger (ex : accident domestique). Les compulsions, elles, sont très présentes et surviennent à plusieurs reprises dans la journée, en particulier au moment du coucher sous forme d'une vérification ritualisée des éléments estimés cruciaux pour la sécurité de la maison (fermeture des portes et fenêtres, des arrivées d'eau, des appareils électriques, etc.). Il présente de façon plus discrète des compulsions de lavage (des mains, du corps et de la robinetterie) qui se sont accentuées lors de la pandémie de COVID-19 et sont revenues à leur niveau habituel depuis quelques mois.

Joseph ne s'explique pas l'apparition de ses compulsions : il n'a pas d'antécédents familiaux de quelque pathologie psychiatrique que ce soit, et n'a pas vécu d'événement traumatogène ayant pu susciter cette conduite. Celle-ci s'est installée progressivement avec les années et a été renforcée par plusieurs facteurs tels que son travail, pour lequel sa méticulosité dans les vérifications était très appréciée et lui ont permis d'assurer sa place lors de certains plans de refonte massifs. Sa conviction en la probabilité d'un préjudice possible a été renforcée lors d'un cambriolage survenu dans sa rue il y a près de 30 ans. Plusieurs événements isolés ont eu le même effet (ex : son épouse laisse un chiffon sur une plaque à induction encore légèrement chaude), et ont renforcé la conviction du bien-fondé de ses vérifications. De surcroît, Joseph présente une ambivalence face à ses compulsions, les considérant excessives mais défendant aussi parfois leur importance face à l'antagonisme<sup>1</sup> de son épouse. Joseph confie enfin qu'il pensait ce trouble incurable et n'a donc jamais cherché à consulter à ce sujet.

Il vient en consultation suite à une tentative de suicide avec une hospitalisation de deux mois. Il retourne à domicile avec un traitement antidépresseur et un suivi ambulatoire avec notre équipe. C'est la première fois qu'il bénéficie de soins en psychiatrie et il n'a jamais rencontré de psychologue auparavant. Au temps de la psychothérapie, le risque suicidaire n'est plus présent et les idéations associées sont dissipées.

La question d'un virage de l'humeur sous traitement antidépresseur est soulevée : Joseph se trouve plus jovial que d'ordinaire, discours également tenu par son épouse qui note par ailleurs que

---

<sup>1</sup> On parle d'attitude antagoniste à propos d'un membre de la famille ne reconnaissant pas le caractère impérieux des compulsions et considérant que le patient a plus de contrôle sur celles-ci qu'il ne le prétend. Cette attitude passe souvent par des critiques, de l'hostilité et des conduites punitives (Van Noppen et al., 1991).

contrairement à son habitude, il perd quelques convenances sociales (coupe beaucoup la parole des invités et ramène la discussion à lui). Cet élément porté à notre attention est travaillé avec la psychiatre de notre unité et donnera lieu à la modification de son traitement. Il n'y a pas d'argument pour une conduite maniaque dans la mesure où aucune mise en danger de soi ou d'autrui, de dépense excessive, d'idées de grandeur ou de réduction des besoins en termes de sommeil n'est à déplorer.

#### Présentation du patient

Joseph est un homme volontiers souriant, à la présentation très soignée. Il est d'excellent contact et entre aisément dans le dialogue avec authenticité. Il est dynamique et accessible à l'humour. Il présente une agitation psychomotrice discrète qui sera mise en lien avec son traitement antidépresseur dans un second temps.

Le discours spontané est fluent, normo-débité et riche d'informations. Joseph suit un fil conducteur dans ses pensées et ne digresse que rarement. Il est tout à fait cohérent et ancré dans la réalité.

L'humeur est réactive et, au moment de nos rencontres, tout à fait améliorée par la prise d'un traitement antidépresseur. Il ne présente plus de tristesse des affects, d'anhédonie ou d'idées noires. Les émotions sont sans discordance ni émoussement. Je ne note aucune construction hallucinatoire ou délirante. Il ne présente pas de déficit sensoriel non corrigé.

Joseph parle ouvertement de ses compulsions, il éprouve de toute évidence une certaine dévalorisation quant à cette problématique et qualifie ses habitudes de « folles », « dingues » et parle de lui dans les mêmes propos. Il s'inquiète par ailleurs du regard des autres sans que cela l'empêche de faire preuve d'authenticité en psychothérapie. Je note toutefois une tendance à banaliser ses difficultés dans la mesure où celles-ci sont bien moins intenses. A entendre Joseph, on pourrait penser que ses TOCs sont devenus presque inexistantes, ce qui s'avèrera inexact. Il semble chercher à renvoyer une image positive de lui-même. Cette désirabilité sociale pourrait constituer un obstacle.

#### Histoire du trouble

Joseph a une histoire psychiatrique déjà ancienne ayant été traitée par son médecin traitant jusqu'à récemment. Il explique avoir toujours été quelqu'un d'anxieux et être particulièrement attaché à la notion de sécurité. Le début des TOCs a été progressif et date d'il y a plus de 40 ans, sans événement ou contexte déclencheur identifié. L'évolution a été fluctuante au cours de la vie du patient, vraisemblablement en lien avec la prise de traitement antidépresseur. Il a connu des périodes très marquées par les vérifications qui s'étendaient à de nombreux appareils ménagers de la maison, devaient être réalisées à plusieurs reprises et occasionnaient à la fois des évitements et une distribution du TOC à son épouse pour être soulagé. Joseph décrit la période actuelle comme très calme à ce propos avec des compulsions moins longues, moins rigoureuses et moins envahissantes.

Parallèlement, nos entretiens révèlent l'existence de six épisodes dépressifs caractérisés (EDC), le premier étant survenu à l'âge de 21 ans. A noter que Joseph s'explique difficilement ce premier

épisode lors duquel les TOCs n'étaient a priori pas encore présents, il suppose avoir eu des difficultés à choisir une direction pour sa vie. Il a connu une grande période d'accalmie lors de ses années de travail dans une maison de champagne. Malheureusement, une transition houleuse avec sa future remplaçante pour son départ en retraite l'ont conduit à un EDC marquant – le premier d'une série de cinq consécutifs, au rythme des fluctuations de la symptomatologie des TOCs. Ceux-ci auront tous été traités par antidépresseur avec succès sauf le dernier, qui a conduit à une tentative de suicide, la première et seule au cours de la vie du patient. Ces épisodes revêtaient une symptomatologie à type de tristesse de l'humeur, apathie, amotivation, sentiment d'inutilité et de culpabilité et des idéations suicidaires. L'instauration d'un nouveau traitement antidépresseur a permis la résolution de cette symptomatologie. Aucun épisode d'hyperthymie n'a été retrouvé dans son histoire.

### Histoire prodromique et facteurs de risque

Aucun facteur de risque ou terrain psychologique spécifique n'est retrouvé dans l'histoire de vie de Joseph. L'entretien clinique n'a pas permis de mettre en évidence d'antécédent familial sur le plan psychiatrique, qu'il s'agisse de parents au premier ou au deuxième degré.

La démarche diagnostique comportait la passation d'une MINI qui n'a pas mis en lumière d'autres éléments que ceux évoqués dans l'histoire du trouble.

Sur le plan de la personnalité, se dégage un caractère méticuleux, soucieux du détail et perfectionniste qui pourrait faire le lit du TOC.

### Histoire de vie

#### Relations familiales et sentimentales

Joseph est le cadet d'une fratrie de quatre enfants. Le cadre familial semble avoir été sécurisant grâce à des parents affectueux, attentifs et cadrants. Il a toujours entretenu de bonnes relations avec sa famille.

Le patient s'est marié à l'âge de 26 ans avec son épouse actuelle. Il s'agit de sa première femme, et lui est le deuxième mari de celle-ci (le premier étant décédé d'une leucémie). Les relations conjugales ont toujours été satisfaisantes, il a d'ailleurs adopté la fille du premier mariage de son épouse. Le couple a eu une fille ensemble par ailleurs. De même, les relations avec ses deux filles sont d'excellente qualité.

Sur le plan social, le couple a un entourage amical investi.

#### Environnement

Joseph vit dans une maison dont il est propriétaire aux côtés de son épouse – le couple y réside depuis une cinquantaine d'années. Il vit dans un quartier calme et sécurisant d'une commune de la Marne. Le domicile conjugal a été très fortement sécurisé par le patient afin de réduire au maximum le risque d'effraction. Pour exemple, la porte d'entrée est une porte d'appartement qui, même si elle

n'est pas verrouillée de l'intérieur, ne peut être ouverte de l'extérieur sans la clé. D'autres éléments de la maison ont été choisis afin de limiter le temps dédié aux vérifications, comme des interrupteurs lumineux permettant de constater l'état de l'éclairage sans ouvrir la porte (cave et grenier). La maison est très bien entretenue et épurée.

#### Vie professionnelle et retraite

Joseph a exercé la majeure partie de sa vie des professions à responsabilité dans une maison de champagne réputée (comptabilité puis employé à la direction des ressources humaines). Son métier a été vécu comme gratifiant et source de fierté et pour cause, il était respecté pour ses compétences et intégré dans un milieu où il s'épanouissait. Sa conscienciosité et sa droiture étaient appréciées. Malheureusement, la fin de sa carrière a été précipitée par un arrêt de travail de longue durée pour dépression dans un contexte de harcèlement au travail par sa future remplaçante, alors qu'il préparait son départ à la retraite.

Sa retraite a été l'occasion d'entamer des activités d'un autre type, par l'investissement dans le milieu associatif, aussi bien en tant que bénévole que dans le rôle de trésorier.

## Diagnostic

### Démarche diagnostique

Le recueil des symptômes du patient s'est déroulé en quatre temps.

- *Exploration du dossier médical et échange clinique avec la psychiatre* de notre service ayant déjà rencontré le patient. Le dossier comportait notamment les observations réalisées lors de l'hospitalisation de Joseph.
- *Entretien 1* (45 minutes) : entretien de rencontre avec le patient. Celui-ci était dans un premier temps libre afin de laisser Joseph exposer sa situation comme il l'entendait, et s'est complété d'une partie semi-structurée pour approfondir certains points d'intérêts précédemment évoqués.
- *Entretien 2* (45 minutes) : entretien structuré avec passation de la *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI ; Lecrubier et al., 1999) et approfondissement des éléments pertinents. Passation d'un test de dépistage des troubles cognitifs.
- *Échelles complémentaires remplies à domicile* : des échelles complémentaires de contrôle ont été proposées au patient et remplies à domicile.

L'entretien libre a permis de mettre en évidence la plainte spontanée du patient qui concerne ses compulsions de vérification, en concordance avec le motif d'adressage.

Le deuxième entretien est dédié à la passation de la MINI qui recoupera la plainte du patient avec un Trouble Obsessionnel Compulsif actuel, de type plus volontiers compulsif. Omis lors du premier entretien, la MINI mettra en évidence l'existence de 6 épisodes dépressifs caractérisés (EDC) passés.

Joseph ne répond pas actuellement aux critères de l'EDC, l'humeur étant jugulée par le traitement antidépresseur. La *GDS 15 (Geriatric Depression Scale ; Sheikh et Yesavage, 1986)* ne retrouve pas d'état dépressif. L'entretien permet d'écarter une récurrence du risque suicidaire pour l'heure.

Les compulsions de vérification pourraient être confondues avec des conduites de réassurance en lien avec un trouble anxieux. A noter que Joseph ne répond pas aux critères des troubles anxieux explorés par la MINI. Un *GAI (Geriatric Anxiety Inventory, Pachana & al., 2007)* a été proposé afin de faire le point sur l'anxiété, et retrouve un score peu significatif (11/20), qui peut tout à fait coïncider avec un tempérament anxieux et un TOC. Un trouble anxieux a été écarté par l'approfondissement clinique consécutif à la MINI et sera plus amplement abordé en diagnostic différentiel.

### Hypothèses diagnostiques

L'hypothèse diagnostique principale retenue est donc celle d'un Trouble Obsessionnel Compulsif selon les critères du DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th edition, American Psychiatric Association, 2013*). Le tableau ci-après fait le lien entre la symptomatologie du TOC et les signes décrits par le patient (Tableau 1).

Tableau 1. Critères diagnostiques du TOC selon le DSM-5, mis en lien avec la symptomatologie du patient.

Trouble Obsessionnel-Compulsif		
A.	Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux : ✓	
	<p>Les obsessions sont définies selon 2 critères :</p> <p>1. Pensées, pulsions / images récurrentes et persistantes ressenties comme intrusives qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.</p> <p>2. Le sujet fait des efforts pour ignorer /réprimer / neutraliser ces pensées, pulsions ou images.</p> <p><i>Joseph a pu en présenter à un moment de sa vie dans les premières années où les comportements de vérification ont émergé, mais il ne relate plus de pensées intrusives aujourd'hui et n'a donc pas à les réprimer.</i></p>	X
	<p>Les compulsions sont définies selon 2 critères :</p> <p>1. Comportements répétitifs / actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession / selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.</p> <p>2. Les comportements / actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou à empêcher un événement redoutés ; ils sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.</p> <p><i>Les comportements répétitifs de Joseph sont des vérifications concernant les divers domaines de sécurité de la maison (fermeture des portes, fenêtres et volets, etc.). Les règles inflexibles relèvent de l'ordre dans lequel les vérifications sont effectuées : Joseph confie qu'il doit recommencer du début s'il est interrompu en cours de route. En l'absence de compulsion, des angoisses surviennent sur un sentiment de danger. Les compulsions ne sont pas toujours en lien avec ce qu'elles doivent neutraliser.</i></p>	✓

B.	Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. <i>Le temps consacré aux vérifications a été variable au cours de la vie et prend bien moins d'une heure aujourd'hui. Dans les TOCs de vérification, il est de coutume de considérer également le nombre d'itération quotidienne qui est aujourd'hui de plusieurs dizaines – et bien plus il y a quelques mois. De plus, la souffrance clinique est considérable (tentative d'autolyse récente).</i>	✓
C.	Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance ni à une autre affection médicale. <i>Joseph ne consomme aucune substance ou médication pouvant occasionner ces troubles.</i>	✓
D.	La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental. <i>Voir diagnostic différentiel.</i>	✓

Les TOCs du patient semblent revêtir une forme plus volontiers compulsive qu'obsessionnelle.

Concernant le niveau d'insight, il peut être considéré comme bon dans la mesure où Joseph critique ses comportements et leur caractère excessif, parfois sans lien avec leur objectif.

Il existe par ailleurs une *comorbidité dépressive* qui n'apparaît plus cliniquement désormais grâce au traitement médicamenteux mis en place.

#### Diagnostic différentiel

L'absence d'obsessions franches sous forme de pensées intrusives doit amener à questionner le diagnostic de TOC qui sera confronté ici à l'hypothèse d'un TAG avec conduites de réassurance.

Tableau 2. Critères diagnostiques du TAG selon le DSM-5, mis en lien avec la symptomatologie du patient.

Trouble d'Anxiété Généralisée		
A.	Anxiété et soucis excessifs survenant durant au moins 6 mois, concernant un certain nombre d'événements ou d'activités. <i>Joseph se reconnaît dans le caractère excessif de son souci, néanmoins il n'en souffre pas pendant plus de 6 mois d'affilée, il les décrit comme plutôt intermittents.</i>	X
B.	La personne éprouve des difficultés à contrôler cette préoccupation. <i>Les difficultés à gérer cette préoccupation se traduisent par les compulsions, qui pourraient également être perçues comme des comportements de réassurance.</i>	✓
C.	L'anxiété et les soucis sont associés à au moins 3 des 6 symptômes suivants : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout : <i>il se sent en effet assez agité mais attention à l'effet iatrogène de l'antidépresseur causant une agitation.</i></li> <li>- Fatigabilité : <i>il se sent assez fatigué au quotidien.</i></li> <li>- Difficulté de concentration ou de mémoire : <i>il n'a pas de plainte cognitive.</i></li> <li>- Irritabilité : <i>il ne se reconnaît pas dans ce symptôme.</i></li> <li>- Tension musculaire : <i>il se sent en effet assez tendu sur le plan somatique.</i></li> <li>- Perturbation du sommeil : <i>le sommeil est préservé actuellement.</i></li> </ul>	✓ ?

D.	Souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. <i>La souffrance est causée par les vérifications et non pas l'anxiété.</i>	X
E.	La perturbation n'est pas due à une substance ou d'une affection médicale générale. <i>Il ne prend pas de substances pouvant occasionner ces difficultés et ne présente pas d'abus de médicament, ni d'affection médicale expliquant cela (bilan biologique).</i>	✓
F.	La perturbation n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental. <i>La perturbation est en l'occurrence mieux expliquée par le TOC.</i>	X

La ressemblance clinique entre un TOC de nature compulsive et un TAG est marquée, toutefois la démarche diagnostique conduit à éliminer le TAG pour lequel Joseph n'atteint pas les critères diagnostiques. Par ailleurs, la nature des compulsions est très évocatrice d'un TOC dans leur caractère ritualisé, les évitements de certaines situations qui susciteraient trop de vérifications (ex : n'allait plus à la cave pour ce motif) ou encore l'implication de l'entourage pour soulager l'impact des symptômes sur le patient (ex : son épouse faisait une partie des vérifications avec lui).

Les modèles cognitivo-comportementaux décrivent les compulsions comme initiées par un sentiment d'alerte, de danger pour lequel l'individu serait responsable (Rachman, 2002). Cette description correspond en effet à Joseph qui met au cœur de ses compulsions la question de la sécurité, qu'elle soit sur le plan de l'appareillage électrique au domicile ou du risque d'effraction. Bien qu'inhabituelle dans le TOC, la compulsion n'est pas associée à de l'angoisse – sans doute est-elle désormais déconnectée de la compulsion –, néanmoins ceci serait encore plus étonnant si la présumée compulsion tenait en réalité lieu de comportement de réassurance dans le cadre d'un TAG.

*Les troubles psychotiques et du spectre de la schizophrénie* ont pu être écartés par la MINI. Joseph ne présente pas de bizarrerie du comportement ou du contact, et fait preuve d'un très bon insight. Il ne s'agit donc pas de rituels répondant à des idées délirantes.

*Les troubles du spectre autistiques (TSA)* sont également exclus sur la base des critères du DSM-5. En effet, Joseph est tout à fait adapté dans la communication et a une vie sociale bien investie, il ne présente pas d'intérêts restreints ou de comportements stéréotypés, et ses problématiques sont apparues à l'âge adulte. Les vérifications ne s'ancrent donc pas dans des comportements stéréotypés.

Enfin, l'hypothèse d'un *trouble de la personnalité obsessionnelle-compulsive* est également écartée. Bien que Joseph soit perfectionniste, méticuleux et rigide, ces traits de caractère n'ont jamais interféré dans sa vie professionnelle, sociale, familiale ou conjugale. Par ailleurs, son travail n'a jamais été investi au détriment des autres sphères de sa vie.

Aucune *addiction* n'a été retenue lors de la MINI.

## Échelles diagnostiques complémentaires

### État cognitif

Étant donné l'âge du patient, une *MoCA* (*Montreal Cognitive Assessment* ; Nasreddine et al., 2019) lui a été administrée afin de statuer sur l'existence de troubles cognitifs, qui pourraient interférer avec la mise en place de la TCC. Ce test a été privilégié au classique *Mini Mental State Examination* (Folstein & al., 1975) pour sa supériorité dans la détection des troubles cognitifs légers, comme le conclut la méta-analyse de Ciesielska et collaborateurs (2016). L'évaluation retrouve un score normal de 29/30, avec la perte d'un point sur le calcul mental.

Tableau 3. Normes MoCA (Nasreddine et al., 2019).

Pas d'atteinte neurocognitive	Atteinte neurocognitive légère	Atteinte neurocognitive modérée	Atteinte neurocognitive sévère
≥ 26	18 – 25	10 – 17	< 10

### Humeur

Considérant la tentative de suicide de Joseph, le traitement mis en place et les épisodes dépressifs passés relevés par la MINI, l'humeur paraît primordiale à évaluer. Une humeur basse est à risque de compliquer la mise en place d'une TCC, exigeante en termes motivationnels et de *coping*. Une *GDS 15* a donc été proposée au patient et retrouve un score normal de 2/15, écartant le risque d'interférence d'une symptomatologie dépressive.

Tableau 4. Normes de la GDS 15 (Sheikh & Yesavage, 1986).

Absence de dépression	État dépressif léger	État dépressif modéré à sévère
0 – 4	5 – 9	10 – 15

### Anxiété

La symptomatologie anxieuse est intrinsèquement liée aux TOCs qui prennent leurs racines dans une angoisse irrationnelle du patient.. Une *GAI* (*Geriatric Anxiety Inventory* ; Pachana & al., 2007) a été administrée. Cette échelle a été conçue spécifiquement pour les personnes âgées dans la mesure où elle propose un mode de réponse binaire (oui ou non), évitant l'impact de troubles cognitifs éventuels, et se focalise peu sur la symptomatologie physiologique de l'anxiété chez une population polypathologique, réduisant ainsi le risque d'erreur alpha. Le score de Joseph se situe légèrement au-dessus des normes, à 11/20.

Tableau 5. Normes GAI (Pachana & al., 2007).

Pas de symptomatologie anxieuse	Symptomatologie anxieuse
0 – 10	11 – 20

### Obsessions et compulsions

L'échelle d'obsessions-compulsions de Yale-Brown (*Y-BOCS* ; Goodman & al., 1989) a été proposée au patient afin d'évaluer l'intensité des obsessions et des compulsions. Elle sera détaillée dans les lignes de base ci-après. Aussi, sa liste des symptômes a été remplie par le patient et a permis de mettre en évidence des *obsessions à thème agressif* autour de la peur que quelque chose de terrible

*puisse arriver par sa faute* (accident domestique, cambriolage), mais aussi de façon plus discrète autour de la *souillure*, en particulier face aux *germes* et à *l'amiante*. Ces obsessions donnent lieu à deux types de compulsions : *lavage* (main, corps et robinetterie) et de *vérification* (serrures, appareils ménagers, portes, etc.).

## Cadre théorique

### Introduction

Le TOC est une pathologie psychiatrique bien présente à travers le monde et pour cause : il impacte 2 à 3% de la population au cours d'une vie sans distinction de genre (Inserm, 2021). Ce trouble débute dans les deux tiers des cas avant l'âge de 25 ans, bien qu'il soit plus précoce chez les hommes. Certes connu depuis longtemps, le TOC pose toutefois des difficultés en thérapie. Celles-ci sont expliquées d'une part à travers un temps d'errance diagnostique long, en moyenne de 11 ans, entre le début de l'apparition des symptômes et la première consultation psychiatrique, sans doute en lien avec la honte que peut susciter cette condition (Garcia-Soriano & al., 2014). D'autre part, un des points complexes du traitement réside dans son niveau de comorbidité élevé.

Le TOC a une étiologie plurifactorielle. Elle est d'une part génétique, avec un héritage estimé entre 27 et 49% des cas. Les gènes qui lui sont liés seraient impliqués dans la neurotransmission sérotoninergique, glutamatergique, dopaminergique mais aussi cholinergique.

La forme la plus commune serait le TOC de vérification (Klenfeldt & al., 2014). Au regard de l'histoire du trouble de Joseph, nous allons dans un premier temps aborder la question du *risque suicidaire* dans les TOCs. Dans un second temps, les *spécificités de cette pathologie chez la personne âgée* seront passées en revue. Enfin, la dernière partie sera dédiée aux *TOCs de vérification* d'une part dans leurs aspects cliniques, et enfin sur un versant thérapeutique.

### Le risque suicidaire dans le TOC

La proportion de passage à l'acte suicidaire chez les individus souffrant de TOC est augmentée par rapport à la population générale, sans impact de l'âge ou du genre (Pellegrini & al., 2020 ; Benatti & al., 2021). En effet, un individu sur dix ayant cette pathologie procéderait au moins une fois dans sa vie à une tentative d'autolyse, et près de la moitié aurait déjà connu des idées suicidaires. En outre, le risque de passage à l'acte est multiplié par 3 à 5 fois en comparaison à la population générale, et à 10 pour les suicides réussis (Fernandez de la Cruz & al., 2017 ; Hollander & al., 1996).

Cette propension plus forte à un tel acte a été mise en lien avec la sévérité du TOC et l'intensité de l'impact fonctionnel du trouble (Benatti & al., 2021). D'autres facteurs explicatifs interviennent, tels que la durée de la maladie ou le type de symptomatologie. Plus spécifiquement, une personne ayant un TOC obsessionnel serait plus à risque de déclencher une crise suicidaire, alors que cette tendance s'inverse pour un TOC compulsif.

Les comorbidités favorisent le risque suicidaire. En effet, le nombre d'épisodes dépressifs au cours de la vie tient lieu de prédicteur chez les patients souffrant de TOCs (Agne & al., 2020). L'étude BLOCS (*Brown Longitudinal Obsessive-Compulsive Study*), suivant des individus souffrant de TOC sur 6 années, a permis de clarifier la nature de ce lien. Les pensées suicidaires deviennent un facteur de risque majeur lorsqu'elles revêtent un caractère égocentrique. Certains éléments favorisent l'intensité de ces idéations, tels que les comportements d'évitement (Wheaton & al., 2018), l'exposition à un événement traumatique ou un stressor (Van Oudheusden & al., 2018), et le degré d'accommodation<sup>2</sup> familiale aux symptômes (Turner & al., 2018).

### Les spécificités du TOC chez la personne âgée

A partir de l'âge de 75 ans, la prévalence du TOC chute à 0,6% (Kramer & al., 1985). Les caractéristiques épidémiologiques changent peu entre l'adulte jeune et l'adulte âgé. Les thématiques varient quelque peu dans le sens où les personnes âgées ont tendance à avoir davantage de compulsions de lavages ou dans la planification des médications, ou encore des obsessions plus volontiers religieuses (Kohn & al., 1997). Au contraire, ils présentent moins d'obsessions de symétrie ou de rituels de comptage. Le début des troubles serait plus tardif lorsqu'il persiste avec l'âge, bien que celui-ci évolue souvent depuis des décennies (Dell Osso & al., 2017 ; Calamari, 1994).

Il est important de moduler le constat d'une faible prévalence des TOCs chez les individus âgés à la lumière de considérations cliniques plus larges. En effet, la population gériatrique aurait tendance à moins consulter non pas par absence de problématique, mais plutôt du fait de l'évolution chronicisée du trouble. Sa sévérité aurait tendance à décliner avec le vieillissement, et *l'insight* à se dégrader, conduisant donc à une réduction de l'égodystonie inhérente aux TOCs, et ainsi à la réduction concomitante du besoin subjectif de soins. Aussi, les traitements ont pu être perçus comme inefficaces auparavant, ne conduisant pas l'individu à réitérer ses tentatives (Kohn & al., 1997).

Peu de littérature scientifique se rapporte aux TOCs chez la personne âgée et pour cause, la grande majorité des individus concernés présente cette problématique depuis l'âge adulte. L'émergence de cette pathologie chez l'adulte âgé est extrêmement rare. La survenue tardive d'une symptomatologie évocatrice des TOCs est la plupart du temps en lien avec des effets iatrogènes d'une prise médicamenteuse inadéquate, ou bien a trait à des lésions cérébrales (vasculaires, traumatiques, infectieuses ou neurodégénératives) (Wooley & al., 2011).

---

<sup>2</sup> On parle d'accommodation aux symptômes lorsque la famille du patient participe au TOC dans le but de soulager les angoisses et de réduire les compulsions en reprenant une partie de celles-ci (Van Noppen & al., 1991).

## Les TOCs de vérification

### Clinique

Le fonctionnement cognitif du TOC de vérification a été modélisé par Rachman (2002) (Figure 1), mettant au cœur de sa compréhension la notion de responsabilité. Lorsqu'un individu se sent démesurément responsable de la prévenance d'événements menaçants, et lorsque la probabilité de survenue et la gravité de ces événements est elle-même surestimée, alors la motivation à réduire ou à faire disparaître le sentiment de danger est majeure. Pour atteindre son but, la personne va procéder à des vérifications de façon répétée, dont l'intensité et la durée dédiée seront corrélées positivement au sentiment de responsabilité, à la probabilité et à l'ampleur perçues du préjudice. Toutefois, certains dangers sont impossibles à écarter avec certitude : les vérifications sont donc sans fin. La multiplication des vérifications et les cognitions associées tend à réduire la confiance qu'a l'individu en son acte, et augmente le sentiment de responsabilité, ce qui boucle le cercle vicieux en renforçant le nombre et la durée des vérifications.

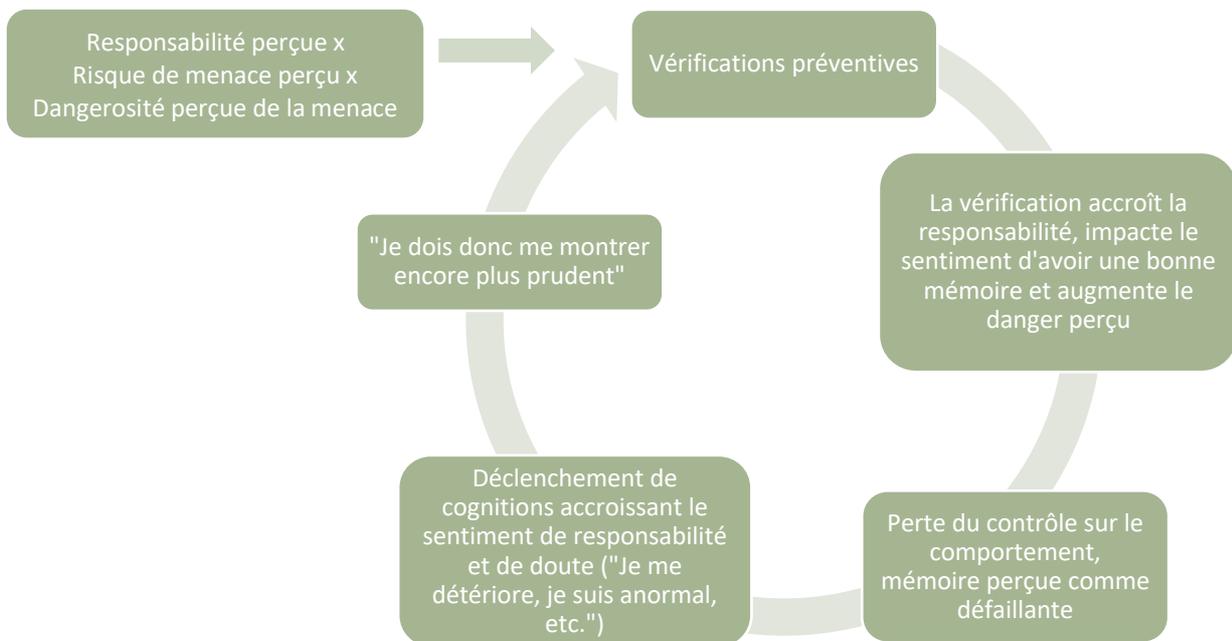


Figure 1. Modélisation du fonctionnement cognitif du TOC de vérification (Rachman, 2002).

Dans ce modèle, la responsabilité, le risque de menace et la dangérosité perçus tiennent lieu de multiplicateurs de l'intensité des vérifications et seraient biaisés chez les personnes souffrant de TOCs. Les informations considérées menaçantes sont surestimées chez la personne souffrant de TOC, en particulier en condition de responsabilité élevée (Radomski & al., 2001 ; Bucarelli & al., 2016). Par ailleurs, l'étude de Parrish et Radomski (2010) met en évidence l'objectif sous-jacent aux vérifications pour cette population clinique qui serait de contrôler un sentiment de menace global, tandis qu'une population non-clinique ou dépressive vise à lever un doute. Le risque de menace perçue serait donc bien un déclencheur de vérifications chez les individus souffrant de TOCs.

L'accroissement des vérifications dans les TOCs induirait une perte de confiance en ses fonctions mnésiques, sans objectivation réelle d'un déficit (Radomski & al. 2001), renforçant donc les vérifications. Néanmoins, cette conclusion est discutée dans la littérature dans le sens où elle ne serait pas spécifique au TOC mais plutôt aux troubles anxieux de manière générale (Bucarelli & al., 2016). Ce sentiment de déclin cognitif serait étroitement lié à la responsabilité perçue dans une situation : plus elle est vécue comme faible, plus la confiance en son acte est élevée (Radomski et al., 2001). A l'inverse, plus le nombre de vérifications est important, moins l'individu aura confiance en son geste et en retiendra de détails (Van den Hout & al., 2019).

Outre le sentiment de déclin mnésique, la multiplication des vérifications conduirait également les individus à perdre progressivement le sens de leur action (Giele & al., 2013). En effet, le temps dédié à la vérification ne permet en rien d'apaiser la perception d'une menace dans le TOC, contrairement à l'anxiété subclinique (Bucarelli & al., 2016). Les indices contextuels qui pourraient contredire le sentiment de danger sont alors négligés au profit du stimulus menaçant, le plus souvent endogène (Rachman, 2002). Cette théorie pourrait expliquer pourquoi Joseph ne déclare plus d'obsessions : après plusieurs décennies de compulsions, les vérifications ont vraisemblablement perdu une partie de leur sens pour devenir un automatisme impérieux dont le lien avec les cognitions s'est brouillé.

Cette modélisation, largement reprise dans la littérature, aura permis d'aboutir à l'établissement de techniques et plans psychothérapeutiques pour traiter cette pathologie.

### Thérapies

La HAS recommande en première intention du traitement des TOCs l'association d'un traitement antidépresseur par inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) à dose élevée conjointement à une TCC. Chez les personnes âgées, l'indication d'un ISRS comparativement à un antidépresseur tricyclique est particulièrement importante afin d'éviter les effets anticholinergiques (délétères pour les fonctions cognitives), hypotensifs et cardiaques fréquemment associés (Cassidy & Rector, 2008). Le pronostic est une nette atténuation du trouble dans deux tiers des cas, et une guérison pour une personne sur cinq.

Il existe ici peu de spécificités thérapeutiques chez la personne âgée. Des études de cas de TOC comorbides à une dépression, faits chez la personne âgée ont montré une efficacité (Calamari, 1994). Néanmoins, les TCC sont connues pour être moins efficaces chez l'adulte âgé comparativement à une population plus jeune du fait de la nécessité d'accéder à la compréhension des concepts, mais aussi à cause des comorbidités plus nombreuses et importantes dans cette population (Evans, 2007).

La technique la plus recommandée pour les TOCs, en particulier pour ceux de vérification est l'exposition avec prévention de la réponse (EPR) (Hezel & Simpson, 2019 ; Franklin & Foa, 2011). Elle demande à la personne de se mettre en situation où une compulsion serait habituellement

déclenchée et de se retenir de la réaliser. Cette technique suppose donc de s'exposer à l'angoisse que suscite la situation sans la soulager par la compulsion, et ainsi de briser le cercle d'auto-perpétration.

Cette technique a toutefois le défaut de causer un décrochage notable de la thérapie en raison de sa difficulté. Afin de répondre à cette problématique, Radomski et collaborateurs (2010, 2020) ont mis en place et testé des techniques cognitives effectuées conjointement à l'EPR qui ont permis une réduction du décrochage. Ces techniques s'appuient sur le modèle de Rachman (2002) et vont interroger les croyances autour de la responsabilité, le risque réel de danger et les rouages de la vérification. Radomski (2010) propose un plan progressif et modulable, résumé dans le Tableau 6.

Tableau 6. Plan de thérapie des TOCs de vérification proposé par Radomski et al. (2010).

1.	Psychoéducation du TOC et des compulsions de vérifications	9.	Assouplissement des comportements sécurisants, atténuation de ceux inadaptés
2.	Analyse cognitive de la responsabilité et d'autres représentations pertinentes	10.	Décourager et restructurer les comportements de recherche de réassurance
3.	Exercices d'atténuation de la responsabilité exagérée	11.	Restaurer la confiance en sa mémoire
4.	Exercices de partage de la responsabilité	12.	Restaurer la confiance en son attention
5.	Modification des probabilités de menace	13.	Restaurer la confiance en sa capacité à contrôler ses pensées
6.	Modification des scénarii catastrophes	14.	Réduire le doute de soi
7.	Modification des biais cognitifs	15.	Réduire le sentiment de culpabilité inapproprié
8.	Prévention de la réponse	16.	Réduire l'hypervigilance

L'inclusion de la famille dans le traitement des TOC pourrait par ailleurs avoir sa place. En effet, il n'est pas rare qu'un membre du foyer familial adopte une conduite délétère ; il en existe deux sortes (Van Noppen & al., 1991). L'accommodation consiste à participer aux compulsions du patient de manière à soulager celui-ci. Bien que d'optique bienveillante, cette attitude contribue à réduire les conséquences négatives du TOC et donc à le renforcer négativement. L'antagonisme s'observe chez des personnes considérant le TOC comme moins impérieux qu'en réalité ; il se manifeste alors par de l'hostilité et des critiques, très néfastes pour l'humeur du patient. Quelques séances de psychoéducation ont pu amener à une meilleure efficacité de la thérapie (Stewart & al., 2020).

## Ligne de base

### Y-BOCS

La Y-BOCS a été utilisée afin de mesurer l'intensité des obsessions et des compulsions du patient. Elle a permis d'établir le niveau de base et sera utilisée au cours de la psychothérapie pour apprécier l'évolution de Joseph. Il s'agit d'une échelle largement validée dans la littérature scientifique et permettant une finesse dans l'analyse du patient à travers plusieurs sous-échelles. Ce questionnaire en hétéro-évaluation sur 10 items se cote sur une échelle de Lickert allant de 0 (Nul) à 4 (extrêmement important), permettant le calcul d'un sous-total pour les obsessions et les compulsions, chacun sur 20

points. Un score total sur 40 points est ensuite calculé. Le questionnaire initial de Joseph (score = 17/40) est disponible en Annexe 1. Son évolution est rapportée dans le Tableau 7.

Tableau 7. Normes de la Y-BOCS sur le score total (Goodman & al., 1989).

Infraclinique	Modéré	Sévère	Très sévère
0-16	17-23	24-30	31-40

## Bilan des évaluations

Le suivi de la progression de Joseph s'effectuera sur quatre mesures. La première sera via la Y-BOCS, présentée ci-avant. Bien que le score d'obsession du patient soit très faible, il sera réévalué systématiquement compte-tenu du risque de faire réémerger des obsessions dissipées. L'ampleur des compulsions sera évaluée via cette échelle. Parallèlement, sera relevé le nombre de vérifications travaillées au fil de la thérapie. Ces mesures sont présentées dans le tableau suivant (Tableau 8). La prise en soins étant toujours en cours, les mesures de la séance 15 n'ont pas encore été réalisées.

	Séance 5	Séance 10	Séance 15
Y-BOCS obsessions (/20)	6	3	
Y-BOCS compulsions (/20)	11	6	
Nombre de vérifications travaillées (/18)	0	9	

## Analyse fonctionnelle

### Synchronie

L'analyse fonctionnelle sur laquelle nous fixons la thérapie se concentre sur les vérifications effectuées le soir par Joseph, avant d'aller se coucher. Bien que des vérifications surviennent au cours de la journée, nous avons choisi cette situation afin de répondre à la problématique de l'automatisation des compulsions du patient, et de conscientiser davantage celles-ci. Il est alors probable que Joseph puisse généraliser son travail aux autres vérifications de la journée.

Le « tour du soir » est donc le moment où chaque élément de chaque pièce jugé pertinent est habituellement vérifié. Ces vérifications sont source de pensées dévalorisantes (« je ne suis pas normal », « c'est quand même dingue de faire ça », « si untel savait, il me prendrait pour un fou »). Bien que la compulsion en soi génère peu d'émotions négatives, les pensées qu'elle éveille provoquent à moyen et long terme de la tristesse et de la détresse, qui ont déclenché plusieurs épisodes dépressifs chez Joseph et un acte suicidaire. La problématique principale réside davantage dans la perception que le patient a de lui-même du fait de ses compulsions, que desdites compulsions.

Joseph explique qu'il ne « peut pas s'empêcher » de procéder aux vérifications. Une partie de lui les trouve même utiles, bien que démesurées, et donc égodystoniques. Toutefois, la peur associée à la survenue d'un danger motive le patient à les répéter, dans une illusion de contrôle. Les conséquences qui maintiennent le comportement vont dans ce sens. En effet, Joseph n'a jamais subi

de cambriolage ou d'incident ménager, ce qui constitue sans nul doute un *renforcement négatif* majeur de son comportement-problème. Une autre boucle d'auto-entretien s'appuie sur les conséquences à court terme du comportement qui procure un sentiment de sécurité plus fort (*renforcement positif*) et un soulagement du stress latent à propos des préjudices qui préoccupent le patient (*renforcement négatif*). Ces éléments expliquent le maintien du comportement dans le temps.

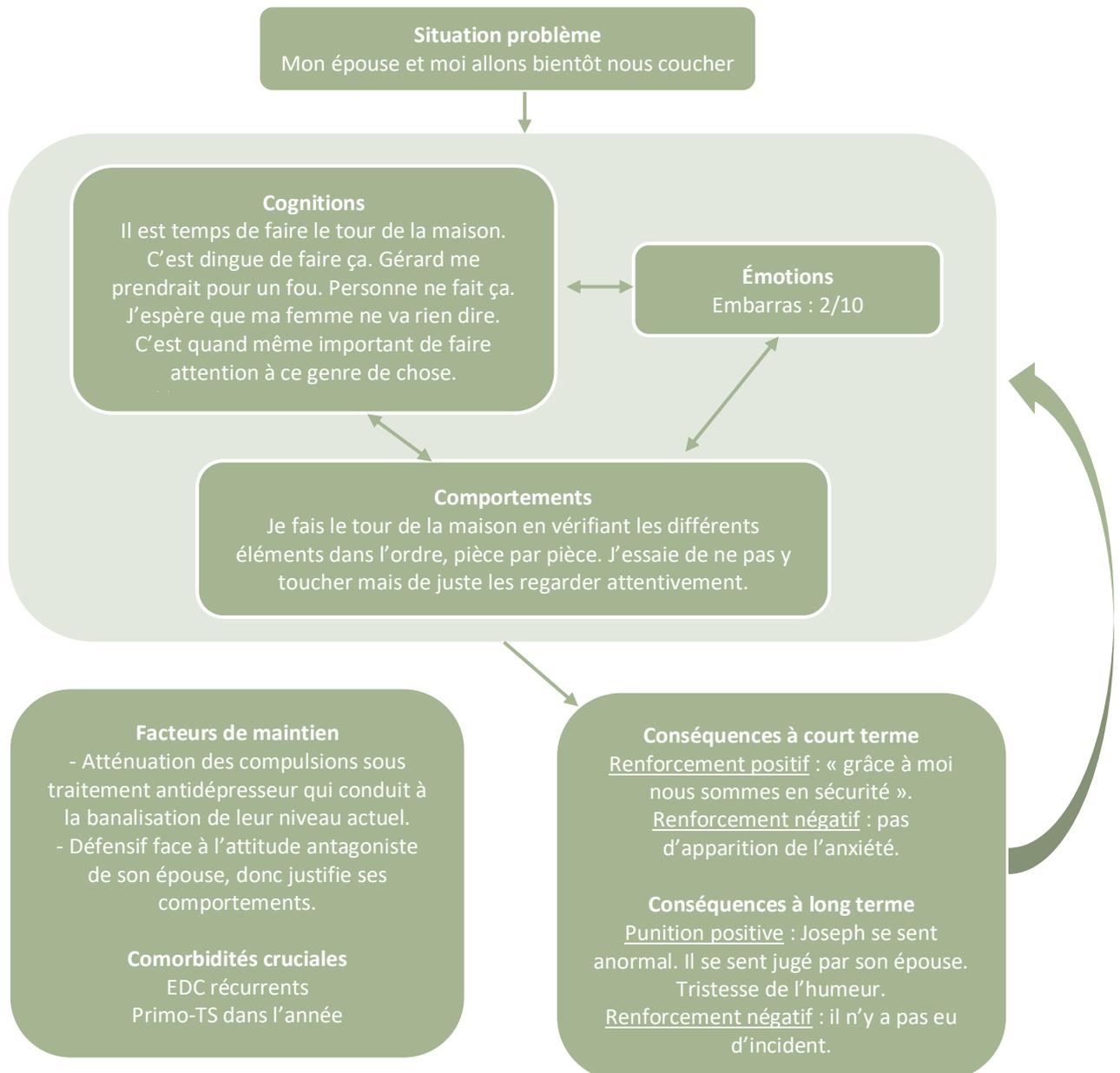


Figure 2. Analyse fonctionnelle synchronique des vérifications de Joseph sous forme de SORC.

D'autre part, l'intensité des compulsions a tendance à fluctuer. Les périodes d'aggravation peuvent s'expliquer par le fait que le sentiment de sécurité est toujours partiel dans la mesure où les incidents que le patient souhaite éviter ne peuvent être prévenus avec certitude. Ce postulat conduit donc à la multiplication des vérifications, au prix de l'amplification conjointe de ses conséquences négatives.

Un des obstacles à la thérapie se trouve paradoxalement dans l'efficacité du traitement antidépresseur. Joseph observe une nette amélioration thymique depuis son hospitalisation. Il puise sa motivation dans la tristesse et la détresse découlant des compulsions. Or, ces émotions négatives étant amoindries, la situation est vécue comme plus acceptable, voire confortable comparativement à la période de crise. Joseph tend à banaliser l'intensité de ses problèmes à ce jour par cette comparaison. Les conséquences négatives persistantes sont plutôt le regard dévalorisant qu'il porte sur lui-même et les tensions dans sa relation conjugale.

## Diachronie

*Données structurales (génétiques et personnalité)* : aucun élément génétique n'a été relevé, Joseph ne présente pas d'antécédent familiaux au niveau psychiatrique. Concernant la personnalité, il se décrit comme une personne rigoureuse, méticuleuse et perfectionniste.

*Facteurs historiques de maintien* : l'absence d'incident domestique vécu personnellement par le patient renforce la croyance selon laquelle les vérifications multiples tiennent lieu de protection. Aussi, les vérifications de Joseph étaient particulièrement appréciées dans son travail lorsqu'il exerçait la profession de comptable et ont été renforcées positivement.

*Événements précipitants* : certaines de ses connaissances ont déjà subi des cambriolages et des incidents ménagers. Joseph tient le discours que ceux-ci ont été la conséquence d'une négligence de la part de la personne (ex : porte non fermée à clé). Ces contextes ont donc servi à alimenter ses convictions à propos de la responsabilité. Par ailleurs, les arrêts de traitement antidépresseurs au cours de la vie du patient ont pu favoriser la recrudescence de ses symptômes.

*Autres problèmes* : l'étude des attitudes antagonistes dans le foyer familial a permis de comprendre leur rôle dans le maintien de la pathologie. Ceci conduit Joseph à se justifier d'autant plus, et donc à rendre ses convictions davantage égосyntoniques (complicant la perte d'adhésion à ses pensées dysfonctionnelles). Au contraire, Joseph relate que son épouse a déjà pu avoir au cours de leur relation des attitudes d'accommodation (vérifications réalisées à la place du patient pour le soulager), réduisant l'impact négatif du comportement-problème.

*Traitements précédents* : Joseph ne se souvient plus des molécules qu'il a pu prendre auparavant, mais il a déjà essayé plusieurs antidépresseurs qui ont permis un bénéfice, toujours avec rechute.

*Maladies physiques* : il n'a aucune autre pathologie.

## Conclusions sur l'analyse fonctionnelle

A la lumière de cette analyse fonctionnelle et conformément à la demande initiale du patient, nous décidons de nous centrer sur le traitement du TOC de vérification. Bien qu'un état dépressif puisse constituer un frein à une psychothérapie, cette problématique ne devrait pas s'appliquer dans ce cas

clinique pour deux raisons. La première tient au fait que l'EDC est la conséquence directe du TOC, et donc traiter le TOC devrait apaiser la dépression. La deuxième repose sur l'efficacité du traitement antidépresseur de Joseph qui n'est plus cliniquement dépressif désormais, levant donc les obstacles habituellement portés par cet état.

En pleine possession de ses facultés cognitives, Joseph s'imprègne spontanément de l'analyse fonctionnelle qui lui est présentée. Elle a été conçue en séance conjointement avec le patient. La compréhension des cercles d'auto-entretien et d'auto-aggravation a permis à Joseph de sortir de la banalisation de ses difficultés. Il perçoit que le même schéma risque fortement de se reproduire, et donc d'amener un nouvel effondrement thymique en l'absence de thérapie. Il a donc la conviction de devoir apprendre à « faire autrement ». Pour lui, il est essentiel de stopper ses compulsions pour aller mieux, et d'élaborer des pensées plus rationnelles. Souffrant depuis longtemps de cette maladie, Joseph s'interroge sur ses capacités à en sortir. Il verbalise la crainte d'être trop « atteint », dit-il, pour pouvoir se soigner. Il est toutefois motivé à donner le meilleur de lui-même pour se laisser une chance d'initier un changement. Ses attentes idéales seraient l'arrêt total des vérifications, néanmoins il dit pouvoir se réjouir d'une réduction des compulsions et de leur impact sur sa vie.

## Analyse de la demande

Lors de notre première rencontre, Joseph formule la demande de « aller mieux ». Lorsque nous explorons ensemble les motifs de sa souffrance, il apparaît rapidement que celle-ci est liée à la présence des compulsions. La recherche d'une situation-problème pour l'analyse fonctionnelle a permis de passer de « aller mieux » à « me débarrasser de mes TOCs ». L'analyse fonctionnelle du patient explique leur maintien et la manière selon laquelle la pathologie a pu s'implanter au fil des années. Nous avons affiné cette demande pour aboutir à « *avoir moins de compulsions* ». En effet, Joseph est bien plus perturbé par les actes compulsifs que par les obsessions. Les compulsions sont chargées de conséquences négatives qui conditionnent la tristesse de l'humeur du patient ; résoudre les compulsions (objectif comportemental abouti) devrait donc permettre « d'aller mieux » (objectif émotionnel initial).

L'analyse fonctionnelle de Joseph a mis en exergue que la réalisation de la compulsion était ce qui générait le mal-être et non pas les motifs sous-jacents à celle-ci. Le patient conclut donc qu'il faudrait ne pas procéder au rituel. Nous déterminons que la thérapie passera par des *techniques comportementales d'EPR*, pour apprendre à ne plus effectuer la compulsion. Pour cela, nous convenons de réaliser une liste hiérarchisée des rituels en fonction de la difficulté estimée à les inhiber. Je propose également au patient de travailler ses cognitions (responsabilité, surestimation de la probabilité et dangerosité d'un préjudice) via de la *restructuration cognitive*.

Joseph craint de ne pas réussir à s'empêcher de faire sa compulsions par rapport à la durée de sa pathologie. Nous convenons donc de débiter l'exposition par les éléments les plus simples, bien qu'ils suscitent moins d'anxiété et ne constituent ainsi pas une exposition émotionnelle. Ce compromis a été admis afin de favoriser l'alliance thérapeutique.

Concernant le type d'exposition, nous avons choisi l'EPR pour débiter, Joseph s'en sentant capable. Une attention particulière sera portée à ce sujet afin de réajuster le plan thérapeutique si besoin en passant par des expositions moins brutales (décalage).

La durée de la thérapie reposera donc sur les expositions réalisées. Le tableau de hiérarchisation permet d'estimer un nombre de séances compris entre 10 et 15 après l'analyse fonctionnelle, comprenant les explications des expositions, les choix des prochaines à réaliser, le retour sur les exercices et un travail parallèle de restructuration cognitive. La thérapie sera considérée comme terminée lorsque nous aurons réalisé les expositions sur l'ensemble des compulsions de la liste.

## Projections thérapeutiques

Le résumé des séances déjà réalisées et à venir, conformément au contrat thérapeutique, est présenté dans le tableau 8. Les séances ont lieu de façon hebdomadaire pour une durée de 45 minutes. Celles déjà réalisées apparaissent en vert, tandis que celles à venir seront en blanc.

Tableau 8. Plan thérapeutique pour Joseph.

<b>Anamnèse (4 séances)</b>	<i>En séance</i>
	<p>Les premiers entretiens sont dédiés au recueil des données anamnestiques. Ils sont également l'occasion de créer l'alliance thérapeutique avec Joseph.</p> <p>J'administre au patient la MINI et la MoCA.</p> <p>Je lui présente des colonnes d'auto-observation (situation-problème, émotions, cognitions et comportement). Nous complétons une situation ensemble en séance afin de s'assurer de la bonne compréhension de l'exercice, puis Joseph les appliquera hors séance.</p> <p>Je lui propose de travailler via un cahier de thérapie ayant pour but de 1) contenir les tâches prescrites à domicile et 2) suivre ses progrès. Il est favorable à ce mode de travail.</p>
<b>Analyse fonctionnelle et contrat thérapeutique (2 séances)</b>	<i>Hors séance</i>
	<p>Je demande à Joseph de compléter une GDS15, une GAI et des colonnes d'auto observation.</p> <p><i>En séance</i></p> <p>Nous réalisons l'analyse fonctionnelle avec l'appui des colonnes d'auto observation, en choisissant la situation qui déclenche le plus souvent les vérifications (« tour du soir »). Nous ajoutons aux constats déjà réalisés par le patient les conséquences de son comportement telles qu'il les perçoit. Je lui explique les principes de l'apprentissage par renforcement ; Joseph comprend son cercle vicieux et les raisons sous-jacentes au maintien de son TOC.</p> <p>J'administre la Y-BOCS au patient.</p>

Nous aboutissons aux objectifs comportementaux et déterminons ensemble les lignes de base (score de la Y-BOCS ; nombre de situations auxquelles le patient a pu s'exposer).

Nous discutons du contrat thérapeutique et aboutissons à un plan de thérapie en accord avec les craintes d'incurabilité de Joseph, en choisissant un mode d'évolution très progressif avec des expositions d'abord faiblement chargées en anxiété, et des temps de restructuration cognitive entre les paliers de difficultés.

*Bilan pré-thérapeutique des lignes de base.*

*Hors séance*

Je propose à Joseph de lire une fiche de psychoéducation sur les TOCs (Annexe 2).

Il réalise une liste exhaustive de l'ensemble des vérifications qu'il fait actuellement.

*En séance*

Nous reprenons la liste des vérifications et associons un niveau d'angoisse sur 10 à chacune (Annexe 3). Les angoisses s'étendent de 1 à 6/10.

**Psychoéducation  
(2 séances)**

Nous procédons à la psychoéducation du TOC sur la base de la fiche psychoéducative, sur l'EPR et l'habitué. Je présente le modèle de Rachman (2002), en particulier les multiplicateurs de vérifications qui feront l'objet d'une restructuration cognitive.

Un entretien à domicile a été réalisé lors de cette phase afin d'observer le « tour du soir » de Joseph, mais aussi pour donner des informations sur le TOC à l'épouse du patient (conduite à tenir pour ne pas « faire à sa place », brève psychoéducation du TOC afin de réduire l'attitude antagoniste), avec accord du patient.

*En séance*

**Exposition pour  
situation  
faiblement  
complexes (<  
4/10)  
(2 séances)**

Nous reprenons les EPR réalisées hors séance avec évaluation de la réussite de celles-ci (totale, partielle ou non réalisée), du stress induit et de la satisfaction obtenue, à la demande du patient (renforcement positif sur la tâche).

Je constitue des graphiques permettant une appréciation visuelle de ses progrès qui se trouve être très encourageante pour Joseph (annexe 4).

*Hors séance*

Joseph réalise des EPR sur des situations jugées faiblement complexes, choix guidé par sa crainte de l'échec. L'exposition manquera d'une composante émotionnelle mais renforcera le sentiment d'auto-efficacité pour la suite.

*En séance*

**Restructuration  
cognitive sur la  
responsabilité  
(1 séance)**

Nous reprenons brièvement la psychoéducation sur l'impact du sentiment de responsabilité perçue sur le maintien et l'amplification des vérifications.

Nous procédons à la restructuration cognitive via un exercice de partage des responsabilités. Cet exercice est appliqué à la vie de Joseph, qui l'appliquera ensuite à des exemples de personnes qu'il connaît s'étant fait cambrioler et dont il percevait la responsabilité. Une discussion socratique permettra d'assouplir cette croyance (voire présentation des séances).

**Exposition pour  
situation  
moyennement**

*En séance*

*Bilan intermédiaire des lignes de base.*

<b>complexes (4 à 5/10) (2 séances)</b>	<p>Nous basculons sur des EPR pour les situations évaluées comme moyennement complexes. Certaines sont effectuées avec succès tandis que d'autres font ressurgir des obsessions, comme cela était soupçonné (ex : ne pas vérifier que le fer à repasser est éteint -&gt; « La maison pourrait prendre feu »). Sur les situations où l'exposition est partielle, nous convenons de réaliser un décalage de 5 minutes afin de renforcer progressivement la résistance aux compulsions. Je note que Joseph est rassuré que nous ayons anticipé et discuté en amont cette possibilité, il ne se sent pas mis en échec.</p> <p><i>Hors séance</i></p> <p>EPR sur les situations choisies avec le patient.</p>
<b>Restructuration cognitive des scenarii catastrophe (1 séance)</b>	<p><i>En séance</i></p> <p>Flèche descendante pour aller au bout du scénario catastrophe, puis discussion socratique pour assouplir les cognitions dysfonctionnelles dudit scénario. Rappel sur la répartition des responsabilités si besoin.</p> <p><i>Hors séance</i></p> <p>Poursuite des EPR.</p>
<b>Restauration de la confiance en sa mémoire (1 séance)</b>	<p><i>En séance</i></p> <p>Augmenter la confiance en soi du patient via des exercices mnésiques mettant en évidence le bon fonctionnement de sa cognition, avec renforcement positif de la part du thérapeute.</p> <p><i>Hors séance</i></p> <p>Décalage sur les vérifications jugées hautement complexes avec consigne de verbaliser à haute voix si les éléments vérifiés étaient correctement fermés (renforcement de l'encodage).</p>
<b>Exposition pour situations hautement complexes (&gt; 5/10) (2 séances)</b>	<p><i>En séance</i></p> <p>Retour sur les exercices de décalage et échange autour de la confiance en sa propre mémoire.</p> <p>Tâche à domicile de décalage qui passera aux EPR sur les situations jugées hautement complexes, favorisés par un sentiment d'auto-efficacité, de moindre responsabilité, de confiance en une vérification unique / réduite et d'une dédramatisation des conséquences réelles d'une mauvaise vérification.</p> <p><i>Bilan final des lignes de base.</i></p> <p>Réévaluation de l'humeur.</p> <p><i>Hors séance</i></p> <p>EPR sur les situations jugées hautement complexes.</p>

### *Considérations éthiques et déontologiques*

Cette prise en soins m'a interrogée sur la pluralité des troubles de la santé mentale à laquelle nous pouvons être confrontés dans le métier de psychologue. Joseph était le premier patient souffrant de TOC que je rencontrais. Il est toujours difficile de débiter le soin d'un trouble que l'on découvre pour la première fois en pratique. Heureusement, le sujet m'intéressant fortement, j'avais déjà pu faire des lectures de mon propre-chef m'ayant permis d'avoir des pistes sur la manière d'aborder cette

problématique. De surcroît, réaliser un mémoire sur cette situation m'a permis de faire preuve de beaucoup de rigueur, ce qui me semble essentiel lorsque nous débutons sur une problématique.

C'est dans ce type de situation qu'il me paraît très rassurant de bénéficier du temps FIR dans la fonction publique hospitalière, nous permettant de nous tenir à jour et informés dans nos connaissances de façon reconnue par notre employeur.

### Frise temporelle récapitulative

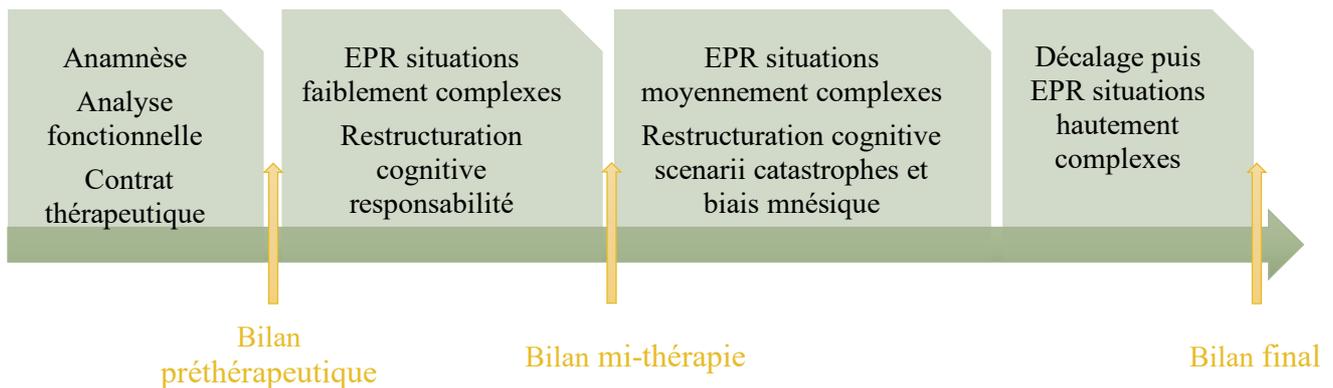


Figure 3. Synthèse temporelle du plan thérapeutique de Joseph.

## Présentation des séances

Explication d'une méthode au patient : l'exposition avec prévention de la réponse

Le verbatim fait suite à l'évaluation de la difficulté estimée pour chacune des compulsions de vérification de Joseph.

Thérapeute : Nous allons maintenant choisir une compulsion sur laquelle travailler. On va en prendre une assez simple pour se faire la main. Dans la liste, quelle vérification vous sentiriez-vous relativement capable d'arrêter si je vous le demandais ?

Patient : *Et bien... je pense que les robinets de la salle de bain et de la cuisine ce serait possible. A chaque fois que je vérifie, c'était déjà bien fermé.*

T : Très bien, c'est donc une vérification qui ne vous stresse pas trop (2/10). Nous allons faire un exercice qui s'appelle de l'exposition. Le but de l'exposition, c'est de vous mettre face aux angoisses que peut provoquer votre TOC. Vous savez désormais que la vérification a pour but de soulager l'angoisse.

P : *Oui, le doute d'avoir laissé échapper quelque chose de dangereux dans la maison.*

T : Mais, vous savez aussi que soulager cette angoisse par le rituel, c'est lui permettre de rester et de grandir, parce que vous n'avez alors pas l'occasion de constater qu'elle peut s'en aller sans la vérification.

*P : Non, fermer les robinets c'est important mais il n'y aura pas mort d'homme si ça gouttait. C'est surtout embêtant pour la facture d'eau.*

T : Vous parvenez déjà à penser un peu autrement. Physiologiquement, le stress retombera tout seul au bout d'un moment. Au début, ça prendra plus de temps qu'avec la compulsion, mais vous y confronter vous permettra aussi de casser le mauvais apprentissage que seule une vérification peut vous rassurer. Pour cela, l'étape difficile c'est d'accepter de vivre ce stress. Il y a sûrement eu des choses qui vous faisaient peur dans la vie, et que vous surmontez désormais ?

*P : Oui, la conduite par exemple. Au début c'était difficile, mais maintenant j'aime bien.*

T : C'est un très bon exemple. Plus vous allez dans une situation qui vous angoisse, plus vous vous ferez à cette angoisse rapidement, et moins elle se fera présente. C'est exactement ce qu'il se passe pour beaucoup de situations nouvelles qui peuvent rendre anxieux. Ça s'appelle l'habituation.

*P : Donc je ne dois pas vérifier.*

T : C'est ça. L'exposition avec prévention de la réponse, la technique que nous allons essayer, consiste à vous mettre en situation anxiogène en lien avec vos TOCs (c'est la partie « exposition »), sans réaliser ce qui vous soulage (c'est la partie « prévention de la réponse »).

*P : D'accord. Je soulage mon stress en vérifiant, donc je ne dois pas vérifier pour m'y exposer. C'est ça ?*

T : Tout à fait. Ça vous paraît faisable ?

*P : Oui je pense en être capable. Ça va mieux avec le traitement, et les robinets ça devrait aller. Par contre je vous promets rien pour la porte d'entrée (rires).*

T : Pour les situations plus difficiles, on verra plus tard, et on pourra y aller progressivement. Je vous demande donc chaque jour de réaliser cet exercice pendant votre tour du soir, uniquement sur les robinets de la salle de bain et de la cuisine. A chaque fois, vous écrirez dans quelle mesure cela a été fait (totalement, partiellement ou pas) et le stress que ça a induit sur dix. C'est important d'essayer tous les jours, mais ce n'est pas grave si ce n'est pas « réussi » quotidiennement. Ce qui compte, c'est d'avancer progressivement. Nous reverrons de toute façon la semaine prochaine et nous réadapterons en fonction.

Application d'une méthode avec le patient : restructuration cognitive sur la responsabilité

T : Avant de passer aux prochaines expositions, nous allons parler un peu de ce qui vous conduit à vérifier. Les études scientifiques ont mis en avant le rôle du sentiment de responsabilité dans les TOCs de vérification. Qu'en dites-vous ?

*P : Et bien, c'est vrai que c'est de la responsabilité de chacun d'être vigilant, c'est important.*

T : D'accord. Prenons une situation concrète que vous redoutez et qui justifie des vérifications ?

*P : Un cambriolage, par exemple ?*

T : Oui, par exemple. Admettons que vous soyez victime d'un cambriolage après ne pas avoir vérifié la fermeture de la porte d'entrée. A quel point vous jugez-vous responsable, en pourcentage ?

P : *Au moins 70%, c'est très important de faire attention à ça. A chaque fois qu'il y a un cambriolage, on apprend après que les habitants ont manqué de vigilance.*

T : 70%, d'accord. Et les 30% restant, qu'est-ce que c'est ?

P : *Hum... le hasard, je dirais. La faute à pas de chance.*

T : Ok, donc si vous subissez un cambriolage, c'est 70% de votre faute, et 30% de « hasard ».

P : *C'est ça. Enfin c'est une estimation.*

T : Est-ce qu'on pourrait envisager d'autres facteurs qui auraient pu rentrer en compte ?

P : *Hum... Ma femme aurait pu vérifier, elle aussi.*

T : En effet, ça ne dépend pas que de vous. Autre chose ?

P : *Non, je ne vois pas.*

T : Qui est traduit en justice si vous vous faites cambrioler ? Vous et votre femme ?

P : *Ah non, je vois ce que vous voulez dire (rires). Oui, les cambrioleurs, bien sûr.*

T : Maintenant que nous avons ajouté à la liste des responsabilités votre épouse et les cambrioleurs, est-ce qu'on pourrait les réévaluer en pourcentage ?

P : *Hum... Les cambrioleurs sont les premiers responsables. Je dirais 70%. Ensuite ma femme et moi à... 10% chacun. Et puis 10% de hasard. Oui, vu comme ça.*

T : Qu'est-ce que vous en concluez ?

P : *Et bien, je ne devrais peut-être pas me sentir si coupable. Vérifier c'est important, mais ça ne fait pas tout.*

T : Tout à fait, il y a d'autres choses qui rentrent en compte, tout le poids de la responsabilité des accidents domestiques ne reposent pas sur vos épaules. Essayez de réfléchir un peu de cette manière pour d'autres vérifications, ça vous aidera à leur accorder moins d'importance.

### Analyse de l'échec et de la réussite

La psychothérapie semble à ce jour bien investie. Joseph observe une nette réduction de ses vérifications qui accroît, de fait, son sentiment d'auto-efficacité. Il prend conscience de sa capacité à résister à ses compulsions et à rationaliser par des connaissances factuelles ses pensées automatiques et intrusives. Sa rigueur dans l'application de la thérapie est de bon augure pour la suite. Néanmoins, certains obstacles seront vraisemblablement rencontrés. L'augmentation en difficulté des expositions a tendance à réveiller les obsessions du patient, qui étaient en dormance depuis plusieurs années. Ceci risque de compliquer la résistance à ses compulsions, mais donne au moins l'occasion d'effectuer un travail cognitif autour de celles-ci. Un autre obstacle réside dans la durée de la maladie (au moins 40 ans). Une pathologie chronicisée et fortement ancrée induit un doute quant à la possibilité d'un

rétablissement complet. Ce point a été discuté dès la détermination des objectifs ; Joseph est conscient qu'il persistera sans doute certaines vérifications. Un rétablissement partiel est donc plus probable.

La difficulté principale que j'ai pu rencontrer lors de cette thérapie se trouvait dans l'absence d'obsessions liées aux compulsions. Cette particularité m'a fait douter du diagnostic à considérer, et donc de la marche à suivre. Par conséquent, j'ai consacré un temps important à la conceptualisation du cas pour m'assurer de partir dans la bonne direction et de proposer des techniques thérapeutiques adéquates. Lorsque cette problématique a été dépassée, l'efficacité des EPR a levé mes doutes et a permis d'avancer à bon rythme. La réémergence des obsessions a aussi été un facteur de stress dans la thérapie à mon niveau, me conduisant à craindre une dégradation de la thymie, ayant pour rappel fait une tentative d'autolyse en début d'année. Ce basculement a finalement permis d'amorcer un autre type de travail et de répondre de façon plus complète aux facettes cliniques du TOC.

L'alliance thérapeutique s'est facilement établie. Joseph était décidé à entamer une psychothérapie et a apprécié le fonctionnement des TCC. En effet, il s'agit d'un individu rigoureux, ayant eu l'habitude de travailler de façon structurée, ce qui en fait naturellement un bon candidat pour ce type de thérapie. Intelligent et doté d'une grande curiosité intellectuelle, les temps de psychoéducation ont été investis et ont permis d'améliorer notre alliance par le sentiment que sa pathologie et ses rouages étaient bien compris. Il était par ailleurs rassuré du caractère scientifique de la thérapie. Pour conclure, la qualité de l'alliance thérapeutique nous conduit tous deux à être confiants sur la suite de la thérapie.

## Bibliographie

- Agne, N.A., Tisott, C.G., Ballester, P., Passos, I.C. & Ferrao, Y.A. (2020). *Predictors of suicide attempt in patients with obsessive-compulsive disorder: an exploratory study with machine learning analysis*, *Psychological Medicine*, p. 1-11. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291720002329>.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5<sup>th</sup> ed.)*. Washington, DC : Author.
- Benatti, B., Dell'Osso, B., Shen, H. & al (2021). *Prevalence and correlates of current suicide risk in in international sample of OCD adults: A report from the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS) network and Obsessive Compulsive and Related Disorders Network (OCRN) of the European College of Neuropsychopharmacology*, *Journal of Psychiatric Research*, 140, p. 357-363.
- Bucarelli, B. & Purdon, C. (2016). *Stove checking behaviour in people with OCD vs. anxious controls*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 53, p. 17-24.
- Brown, L.A., Wakschal, E., Russman-Block, S., Boisseau, C., Mancebo, M.C., Eisen, J.L., & Rasmussen, S.A. (2019). *Directionality of change in obsessive compulsive disorder (OCD) and suicidal ideation over six years in a naturalistic clinical sample*, *Journal of Affective Disorders*, 24, p. 841-847.
- Calamari (1994). *Treatment of obsessive compulsive disorder in the elderly: a review and case example*, *Journal of Behavior and Experimental Psychiatry*, 25 (2), p. 95-104.
- Cassidy, K.L. & Rector, N.A. (2008). *The silent geriatric giant: Anxiety disorders in late life*, *Geriatrics and Aging* 11 (3), p. 150-156.
- Dell'Osso, B., Benatti, B., Rodriguez, C.I. & al (2017). *Obsessive-compulsive disorder in the elderly: A report from the International College of Obsession-Compulsive Disorders (ICOCS)*, *European Psychiatry*, 45. doi: 10.1016/j.eurpsy.2017.06.008.
- Ciesielska, N., Sokolowski, R., Mazur, E., Podhorecka, M., Polak-Szabela, A. & Kedziora-Kornatowska, K. (2016). *Is the Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test better suited than the Mini-Mental State Examination (MMSE) in the mild cognitive impairment (MCI) detection among people aged over 60? Meta-analysis*, *Psychiatria Polska* 50 (5), p. 1039-1052.
- Evans, C. (2007). *Cognitive-behavioural therapy with older people*, *advanced Psychology Treatment* 13, p. 111-118.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. & McHugh, P.R. (1975). "Mini-mental state". *A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician*, *Journal of Psychiatric Research* 12 (3), p. 189-198.
- Giele, C.L., Van den Hout, M., Engelhard, I.M., Pek, E.C.P., Hoogers, E.E.P. & De Wit, K. (2013). *Ironic effects of compulsive perseveration*, *Memory* 21 (4), p. 417-422.

Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R. & Charney, D.S. (1989). *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability*, Archives of General Psychiatry 46 (11), p. 1006-1011.

Klenfeldt, I.F., Karlsson, B., Sigström, R., Bäckman, K., Waern, M., Östling, S., Gustafson, D. & Skoog, I. (2014). *Prevalence of obsessive-compulsive disorder in relation to depression and cognition in an elderly population*, American Journal of Geriatric Psychiatry, 22 (3), p. 301-308.

Kohn, R., Westlake, R.J., Rasmussen, S.A., Marsland, R.T. & Norman, W.H. (1997). *Clinical Features of obsessive-compulsive disorder in elderly patients*, The American Journal of Geriatric Psychiatry, 5 (3), p. 211-215.

Kramer, M., German, P.S. Anthony, J.C. & al (1985). *Patterns of mental disorders among the elderly residents of Eastern Baltimore*, Journal of American Geriatrics Society 33, p. 236-245.

Lecrubier, Y., Weiler, E., Hergueta, T., Amorim, P., Bonora, L.I. & Lépine, J.P. (1999). *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0.0*.

Manarte, L., Andrade, A.R., Do Rosario, L., Sampaio, D., Figueira, M.L., Langley, C., Morgado, P. & Sahakian, B.J. (2021). *Poor insight in obsessive compulsive disorder (OCD): Associations with empathic concern and emotion recognition*, Psychiatry Research, 304 (1141129).

Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Béridian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L. & Chertkow, H. (2019). *The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment*, Journal of the American Geriatrics Society 53 (4), p. 695-699.

Pachana, N.A., Byrne, G.J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. & Arnold, E. (2007). *Development and validation of the geriatric anxiety inventory*, International Psychogeriatrics 19 (1), p. 103-114.

Parrish, C.L. & Radomsky, A.S. (2010). *Why do people seek reassurance and check repeatedly? An investigation of factors involved in compulsive behavior in OCD and depression*, Journal of Anxiety Disorders 24, p. 211-222.

Pellegrini, L., Maietti, E., Rucci, P., Casadei, G., Maina, G., Finberg, N.A. & Albert, U. (2020). *Suicide attempts and suicidal ideation in patients with obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis*, Journal of Affective Disorders 276, p. 1001-1021.

Rachman, S. (2002). *A cognitive theory of compulsive checking*, Behaviour Research and Therapy 40, p. 625-639.

Radomsky, A.S., Giraldo-O'Meara, M., Wong, S.F., Dugas, M.J., Gelfand, L.A., Rachman, S., Schell, S., Senn, J.M., Shafran, R. & Whittal, M.L. (2020). *Cognitive therapy for compulsive checking in obsessive-compulsive disorder: A pilot trial*, Psychiatry Research 286 (112850).

Radomsky, A.S., Rachman, S. & Hammond, D. (2001). *Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking*, Behaviour Research and Therapy 39, p. 813-822.

Radomsky, A.S., Shafran, R. & Rachman, S. (2010). *Cognitive-Behavior Therapy of Compulsive Checking in OCD*, *Cognitive and Behavioral Practice* 17, p. 119-131.

Sheikh, J.L. & Yesavage, J.A. (1986). *Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of shorter version*, *Clinical Gerontology*, 5 (1/2), p. 215-226.

Stewart, K.E., Sumantry, D. & Malivoire, B.L. (2020). *Family and couple integrated cognitive-behavioural therapy for adults with OCD: A meta-analysis*, *Journal of Affective Disorders* 277, p. 159-168.

Turner, C., O’Gorman, B., Nair, A. & O’Kearney, R. (2018). *Moderators and predictors of response to cognitive behaviour therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder: A systematic review*, *Psychiatry Research* 261, p. 50-60.

Van den Hout, M.A., van Dis, E.A.M., van Woudenberg, C. & van de Groep, I.H. (2019). *OCD-like checking in the lab: A meta-analysis and improvement of an experimental paradigm*, *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders* 20, p. 39-49.

Van Noppen, B.L., Rasmussen, S.A., Eisen, J. & McCartney, L. (1991). *A multifamily group approaches as an adjunct to treatment of obsessive compulsive disorder*. In: Stewart & al. (2020).

Van Oudheusden, L.J.B., Eikelenboom, M. Van Megen, H.J.G., Visser, H.A.D., Schruers, K., Hendriks, G.J., Van der Wee, N., Hoogendoorn, A.W., Van Oppen, P. & Van Balkom, A.J.L.M. (2018). *Chronic obsessive-compulsive disorder: prognostic factors*, *Psychological medicine* 48 (13), p. 2213-2222.

Wheaton, M.C., Gershkovich, M., Gallagher, T., Foa, E.B. & Simpson, H.B. (2018). *Behavioral avoidance predicts treatment outcome with exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder*, *Depression & Anxiety* 35 (3), p. 256-263.

Wooley, J.D., Khan, B.K., Murthy, N.K., Miller, B.L. & Rankin, K.P. (2011). *The diagnostic challenge of psychiatric symptoms in neurodegenerative disease; rates of and risk factors for prior psychiatric diagnosis in patients with early neurodegenerative disease*, *Journal of Clinical Psychiatry* 72, p. 126-133.

# Annexes

## Annexe 1

### ECHELLE D'OBSESSIONS-COMPULSIONS DE YALE-BROWN (Y-BOCS)

NOM : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Cotateur : \_\_\_\_\_

Symptômes évalués : vérification - sécurité

	Nul	Un peu	Moyen	Important	Extrêmement important	18/07 20/09	
<b>1</b> Temps passé aux obsessions	0	1	2	3	4	1	1
<b>2</b> Gêne liée aux obsessions	0	1	2	3	4	1	0
<b>3</b> Angoisse associée aux obsessions	0	1	2	3	4	1	0
	Résiste totalement				Cède complètement		
<b>4</b> Résistance	0	1	2	3	4	2	1
	Contrôle total	Beaucoup de contrôle	Contrôle moyen	Peu de contrôle	Pas de contrôle		
<b>5</b> Contrôle sur les obsessions	0	1	2	3	4	1	1
<b>Sous total Obsessions</b> (Additionner les items 1 à 5) :						<u>120</u>	<u>6</u> <u>3</u>
	Nul	Un peu	Moyen	Important	Extrêmement important		
<b>6</b> Temps passé aux compulsions	0	1	2	3	4	2	2
<b>7</b> Gêne liée aux compulsions	0	1	2	3	4	1	0
<b>8</b> Angoisse associée aux compulsions	0	1	2	3	4	3	2
	Résiste totalement				Cède complètement		
<b>9</b> Résistance	0	1	2	3	4	3	1
	Contrôle total	Beaucoup de contrôle	Contrôle moyen	Peu de contrôle	Pas de contrôle		
<b>10</b> Contrôle sur les compulsions	0	1	2	3	4	2	1
<b>Sous total Compulsions</b> (Additionner les items 6 à 10) :						<u>120</u>	<u>11</u> <u>5</u>
<b>Score total (Obsessions + Compulsions) :</b>						<u>17</u>	<u>3</u>

## LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

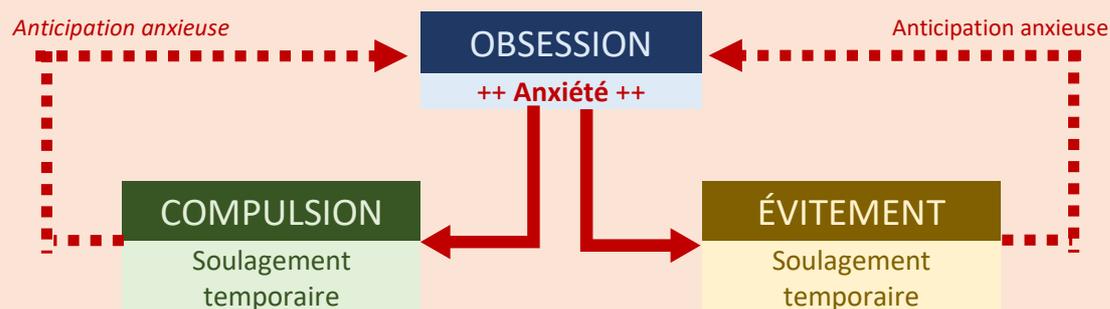
Les obsessions et compulsions sont présentes chez tous les êtres humains. Lorsque celles-ci sont à l'origine d'une perte de temps considérable (plus d'une heure par jour), procurent une détresse importante ou deviennent handicapantes, il s'agit d'un trouble obsessionnel-compulsif qui touche entre 2 et 3% de la population. Le TOC est la quatrième pathologie psychiatrique la plus fréquente dans le monde derrière les phobies simples, l'abus de substances et la dépression.

OBSESSIONS	et/ou	COMPULSIONS
Pensées, pulsions ou images		Comportements ou actes mentaux
Récurrentes et persistantes		Répétitifs et excessifs
Je les ressens comme intrusives et inopportunes		Je me sens poussé à les accomplir, souvent selon des règles inflexibles
Elles me procurent une anxiété ou une détresse		Je les accomplis pour diminuer l'anxiété ou la détresse (ou pour empêcher un évènement ou une situation redoutée)
Je fais des efforts pour les ignorer, pour les réprimer ou pour les neutraliser		Je les accomplis même s'ils sont sans relation réaliste avec ce qu'ils proposent de neutraliser ou de prévenir
ÉVITEMENTS		
Je m'arrange pour ne pas affronter ou pour contourner des situations (ex. lieux, personnes, actions) qui pourrait déclencher des obsessions ou des compulsions		

### LE TOC, C'EST UN DOUBLE CERCLE VICIEUX

Plus on cède facilement à la compulsion ou à l'évitement, plus on y cèdera lors de la prochaine obsession

Plus on cherche à se débarrasser rapidement de l'anxiété et de l'obsession, plus le TOC se renforce



### LE TOC, ÇA SE SOIGNE

ANTIDÉPRESSEURS	et/ou	THÉRAPIE COGNITIVE ET COMPORTEMENTALE
ISRS Tricycliques		Psychoéducation Exposition avec prévention de la réponse etc.

## Annexe 3

Rituels (verifications)	Difficulté estimée à s'en empêcher (/10)	Niveau global de difficulté
Coupure du robinet de la salle de bain	1	Faiblement complexe
Coupure de la prise de la chambre, du salon et de la 2 <sup>ème</sup> chambre	1	
Coupure de la lampe de la salle d'eau et des wc	1	
Coupure du chauffage de la salle de bain	2	
Coupure de la machine à laver	2	
Coupure de l'ordinateur de la chambre	2	
Fermeture des portes de la voiture	2	
Fermeture du robinet de la baignoire	3	Moyennement complexe
Fermeture de la porte du jardin	3	
Coupure du fer à repasser et de sa prise de courant	4	
Coupure de la prise de la salle TV	4	
Coupure de l'interrupteur du bureau	4	
Fermeture du système de chasse d'eau	5	Hautement complexe
Coupure de la bouilloire et de la machine à café	5	
Coupure des plaques de cuisine (induction)	5	
Coupure des lumières du grenier et de la cave	5	
Fermeture des fenêtres et des volets de la salle à manger, du salon, du bureau et de la cuisine	6	
Fermeture de la porte d'entrée	6	

## Annexe 4

