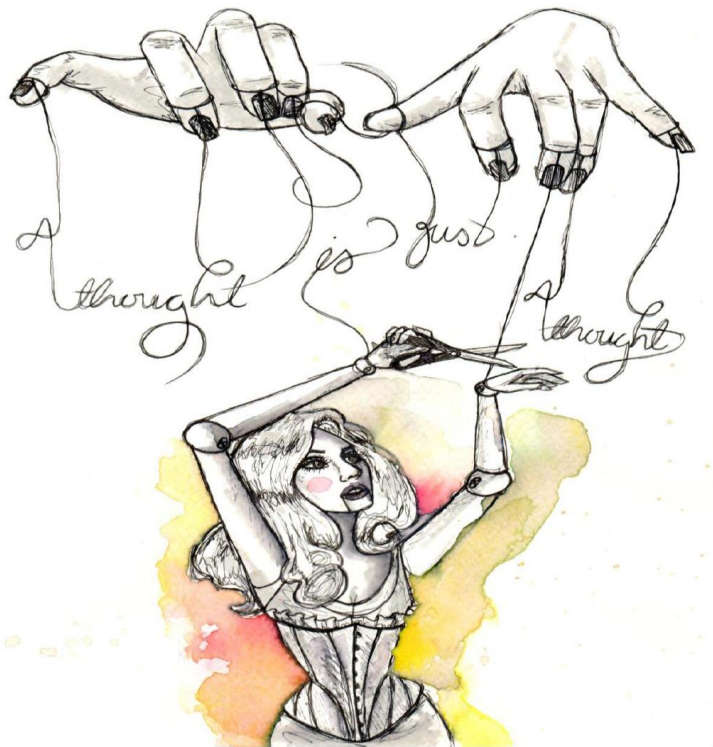


Guide d'auto-assistance pour le Trouble obsessionnel-compulsif



Auteurs :

Dr Will Hallam (psychologue clinicien, Cardiff and Vale University Health Board)

Rachel Wilton (praticienne en santé mentale primaire, Cardiff and Vale University Health Board)

Dr Sarah Douglass (psychologue clinicienne, Aneurin Bevan University Health Board)

Heather Baker (étudiante stagiaire à l'université de Cardiff ; contrat honoraire, Cardiff and Vale University Health Board)

Traduction et adaptation française : Pr. Stéphane Raffard^{1,2}, Margot Eisenblaetter²

1. Université de Montpellier Paul Valéry, Laboratoire Epsilon, Institut ICARES, France

2. Service Universitaire de Psychiatrie Adulte, CHU de Montpellier, Hôpital La Colombière, France



Aperçu général :

Cette brochure s'appuie sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) pour le traitement du trouble obsessionnel compulsif (TOC), impliquant l'exposition et la prévention de la réponse (EPR).

Il s'agit de l'approche psychologique recommandée en première intention par l'institut national de la santé et de l'excellence clinique (NICE) anglo-saxon, et la Haute Autorité de santé Française (HAS).

Tous les personnages apparaissant dans cet ouvrage sont fictifs. Toute ressemblance est fortuite.

Liens :

Recommandation HAS :

https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf

Consultation TOC du CHU de Montpellier :

<https://www.chu-montpellier.fr/fr/psychiatrie-de-ladulte/consultation-toc>

Sommaire

Chapitre 1 : Introduction

- Qu'est-ce qu'une obsession ? 4*
- Qu'est-ce qu'une compulsion ? 4*
- Exemples de TOC 5*
- Qui développe un TOC ? 6*
- Qu'est-ce qui rend une personne plus vulnérable au TOC ? 6*
- TOC et autres problèmes 7*
- Les pensées intrusives peuvent-elles être utiles ? 7*

Chapitre 2 : Qu'est-ce qui entretient le TOC ?

- Interprétation des pensées 10*
- Responsabilité de l'action 10*
- Comportements de Sécurité 11*
- Rôle de la Certitude 12*

Chapitre 3 : Comment surmonter le TOC

- Expériences Comportementales 14*
- Accepter la détresse 16*
- Fixer des Objectifs 17*
- Hiérarchiser 18*
- Théorie A vs. théorie B 18*
- Réduire la Recherche de Rassurage 20*
- Obtenir du Soutien de la Famille et des Amis 20*
- Pleine conscience 21*

Chapitre 4 : Traitements médicamenteux

- Quels médicaments sont utilisés ? 23*
- Comment agissent ces médicaments ? 23*
- Délais d'action 23*
- Effets secondaires possibles 24*
- Le traitement médicamenteux est-il indispensable ? 24*
- Médicaments et thérapie : une approche complémentaire 24*
- Durée du traitement 25*
- Idées reçues fréquentes 25*

Chapitre 5 : Difficultés potentielles et prévention de la rechute

- Comprendre la rechute 26*
- Les signes précoces de rechute 26*
- Que faire en cas de réapparition des symptômes ? 26*
- Renforcer la tolérance à l'incertitude et à la détresse 27*
- Garder une pratique régulière 27*
- Le rôle de l'autocompassion 27*
- Quand demander de l'aide à nouveau ? 28*
- Maintenez vos progrès en prévoyant un plan de rechute. 28*
- Le TOC et le rétablissement 28*

Annexes

Chapitre 1 : Introduction

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est un trouble anxieux caractérisé par la présence de pensées obsessionnelles et de compulsions, qu'elles soient physiques et/ou mentales. Il s'agit d'un trouble relativement fréquent, mais qui peut être très invalidant pour les personnes qui en souffrent. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe le TOC parmi les dix maladies les plus invalidantes au monde.

Qu'est-ce qu'une obsession ?

Une obsession est une pensée, une image ou une impulsion persistante qui provoque une détresse importante. Ces obsessions sont fréquentes, indésirables et difficiles à contrôler ou à éliminer.

Parmi les obsessions courantes, on peut citer :

- La peur de la contamination (saleté, germes, virus, fluides corporels, matières fécales, produits chimiques ou substances dangereuses) ;
- La peur d'être blessé ou de blesser autrui (par exemple, craindre d'avoir écrasé quelqu'un en voiture sans s'en être rendu compte) ;
- Une préoccupation excessive pour l'ordre ou la symétrie ;
- Des obsessions liées au corps ou à des symptômes physiques ;
- Des pensées blasphématoires (par exemple, craindre d'offenser Dieu) ;
- Des pensées sexuelles intrusives et perturbantes ;
- Des pensées violentes ou agressives.

Il convient également de noter que de nombreuses études ont montré que tout le monde peut, à l'occasion, avoir des pensées intrusives (pour une liste de pensées intrusives courantes chez les personnes ne souffrant pas de TOC, voir l'annexe 1 en fin du document). Toutefois, chez les personnes atteintes de TOC, ces pensées sont interprétées comme dangereuses : elles craignent et surestiment l'idée qu'une pensée intrusive soit le signe d'un danger réel.

Qu'est-ce qu'une compulsion ?

Les compulsions sont des comportements ou des actes mentaux répétitifs qu'une personne se sent obligée d'accomplir en réponse à une obsession. La plupart des personnes atteintes de TOC présentent plusieurs types de compulsions.

Souvent, elles pensent qu'il leur arrivera quelque chose de grave si elles ne cèdent pas à leurs compulsions.

Les compulsions courantes incluent notamment :

- Vérifier (par exemple, les robinets, le gaz, les portes verrouillées) ;
- Nettoyer ou se laver ;
- Répéter des actes ;
- Ordonner ou rechercher la symétrie ou l'exactitude ;
- Compter.

Certaines compulsions sont facilement observables par autrui. Cependant, beaucoup de compulsions se déroulent uniquement dans la tête de la personne : on parle alors

de **compulsions mentales** (par exemple, réciter une prière, répéter des mots ou compter mentalement).

Exemples de TOC

Dans les exemples suivants, vous découvrirez différents types de TOC. Vous remarquerez toutefois certaines similitudes, car les mécanismes qui maintiennent le TOC sont globalement comparables d'une personne à l'autre. Ces mécanismes seront expliqués plus en détail au chapitre 2 : « *Qu'est-ce qui entretient le TOC ?* ».

Angela

Angela travaille dans une crèche. Elle est envahie par des pensées de violence physique envers les enfants et s'imagine en train de poignarder un enfant. En réalité, Angela est une personne attentionnée qui ne représente aucun danger. Toutefois, elle est constamment tourmentée par ces pensées et craint de « devenir folle », de perdre le contrôle et de passer à l'acte. Elle tente de bloquer ces pensées et se répète une comptine après chaque pensée intrusive afin de « rendre la pensée bonne ». Elle se sent soulagée pendant un court moment, mais les pensées reviennent rapidement. Elle en vient à se demander si elle devrait changer de travail avant « qu'il n'arrive quelque chose de terrible ».

Robert

Robert craint de contracter le VIH après avoir touché des objets qu'il juge contaminés. Il a peur que ses mains ou ses vêtements soient porteurs de germes et évite le contact avec des personnes qu'il estime insuffisamment propres. Il hésite notamment à serrer la main des autres. Il se lave les mains toutes les heures et lave ses vêtements quotidiennement. Ces comportements commencent à interférer avec son travail, car il est constamment préoccupé par les lavages qu'il effectue ou doit effectuer. Il a progressivement commencé à éviter son lieu de travail ainsi que les lieux publics.

Vincent

Vincent est constamment préoccupé par la crainte que sa maison soit cambriolée. Il livre des repas à des personnes âgées, mais cette activité devient difficile car il doit fréquemment rentrer chez lui pour vérifier que sa maison est bien verrouillée. Le matin, il lui est également difficile de quitter son domicile, car il vérifie toutes les portes et fenêtres à de nombreuses reprises. Plus il doute d'avoir correctement fermé une fenêtre, plus son anxiété augmente. Ses difficultés ont un impact négatif sur sa relation conjugale et entraînent des conflits fréquents avec sa femme. Il dépense également des sommes importantes pour améliorer son système d'alarme, par peur qu'il cesse de fonctionner.

Qui développe un TOC ?

Tout le monde peut développer un TOC et on estime qu'une personne sur cent en souffre. Des études ont montré que les taux sont relativement similaires dans toutes les cultures, même si le contenu exact des obsessions et des compulsions diffère.

Il n'existe pas non plus de mode d'apparition typique du TOC : certaines personnes le développent progressivement, tandis que d'autres le développent soudainement à la suite d'un événement particulier, par exemple l'apparition d'une maladie, la perte d'un être cher ou des problèmes financiers importants.

Qu'est-ce qui rend une personne plus vulnérable au TOC ?

Bien qu'il soit impossible de prédire si une personne développera un TOC, plusieurs facteurs semblent rendre certaines personnes plus vulnérables :

1. Les croyances à propos de nos pensées intrusives

Tout le monde est sujet à des pensées intrusives indésirables, qu'il souffre ou non de TOC. La différence avec le TOC réside dans le fait que nous développons la croyance que nos pensées ont une signification (par exemple, « cela a plus de chances de se produire parce que j'ai eu cette pensée ») ou qu'elles en disent long sur nous en tant que personne (par exemple, « je pourrais être dangereux ou être une mauvaise personne »).

Il est donc difficile pour une personne souffrant de TOC de rejeter cette pensée et elle est plus susceptible de ressentir le besoin d'agir. En effet, les obsessions sont souvent liées aux choses qui sont les plus importantes pour vous en tant qu'individu.

Ces pensées sont souvent en contradiction avec l'image que la personne a d'elle-même, ce qui génère honte et peur. Le simple fait d'envisager que ces pensées puissent être vraies est extrêmement perturbant et entraîne un besoin intense de les neutraliser ou de les garder secrètes.

À retenir : les personnes qui éprouvent une forte culpabilité, de l'anxiété et de la honte à propos de leurs pensées sont très différentes de celles qui passent réellement à l'acte. Le fait d'être tourmenté par des pensées intrusives est au contraire un bon indicateur que la personne ne les mettra pas en œuvre.

2. Le besoin de certitude

Un autre problème qui contribue à maintenir le TOC est le fait de vouloir être certain à 100 % que nous avons bien fait quelque chose (c'est-à-dire par exemple vérifié quelque chose), ou que nous n'avons pas fait quelque chose (c'est-à-dire par exemple blessé quelqu'un). Le fait d'être incertain ou de douter de nous-même crée souvent une anxiété qui semble intolérable et nous ressentons le besoin de faire quelque chose pour y remédier, c'est-à-dire de mettre en œuvre des compulsions et des rituels.

Nous répétons souvent les compulsions jusqu'à ce que nous nous sentions « bien », car cela nous rassure sur le fait que nous bien fait les choses. Malheureusement, cela contribue à entretenir le cercle vicieux du TOC, comme nous le verrons au chapitre 2.

3. Un sens accru des responsabilités

Les personnes atteintes de TOC se sentent souvent trop responsables de leurs actes. Elles craignent que le fait de mal faire ou de ne pas faire quelque chose (par exemple, ne pas vérifier) pourrait causer un préjudice quelconque. Cette idée est très difficile à supporter pour quelqu'un qui se soucie beaucoup des autres et qui nourrit la conviction qu'il vaut mieux « jouer la carte

de la sécurité ». Cela est particulièrement difficile si vous avez déjà vécu une expérience où quelque chose a mal tourné et que vous pensez que c'était de votre faute.

Le TOC est un problème susceptible de toucher des personnes particulièrement sensibles, attentionnées, responsables, consciencieuses et ayant des normes élevées. Par exemple, un certain nombre de femmes signalent l'apparition d'un TOC pendant leur grossesse ou peu après la naissance d'un de leur enfant.

Un sens trop élevé des responsabilités contribue à maintenir les rituels, car il semble intolérable de risquer le pire et de se sentir coupable ou *irresponsable*.

TOC et autres problèmes

Entre la moitié et les trois quarts des personnes atteintes de TOC souffrent également d'autres problèmes. Par exemple :

- Une dépression qui survient souvent en réponse aux effets persistants et débilitants du TOC ;
- Les personnes atteintes de TOC peuvent également souffrir d'anxiété sociale, c'est-à-dire la peur d'être jugées négativement par les autres.

Les pensées intrusives peuvent-elles être utiles ?

Les personnes atteintes de TOC cherchent souvent à se débarrasser de leurs pensées intrusives. Mais que serait la vie sans ces pensées ? Elles sont le signe d'une bonne imagination et d'une grande créativité. Quelles inventions, chansons ou images n'auraient pas vu le jour sans une pensée intrusive ? Essayer de surmonter le TOC ne consiste donc pas à se débarrasser des pensées intrusives, mais à apprendre à résister aux rituels qui alimentent votre TOC.

Résumé :

- Le TOC se caractérise par des obsessions que la personne tente de neutraliser par des compulsions.
- Tout le monde a des pensées intrusives, mais les personnes atteintes de TOC les interprètent comme dangereuses.
- Le TOC est un trouble fréquent, présent dans toutes les cultures.
- Les obsessions sont souvent en contradiction avec les valeurs et l'identité de la personne, générant honte et peur.
- Le besoin de certitude, la responsabilité excessive et les croyances sur les pensées augmentent la vulnérabilité au TOC.

Chapitre 2 : Qu'est-ce qui entretient le TOC ?

« La manière dont vous avez compris votre TOC jusqu'à présent et les solutions que vous avez mises en place peuvent, en réalité, contribuer à le maintenir. »

Il existe des débats concernant les facteurs de vulnérabilité au TOC. En revanche, il existe un large consensus sur les mécanismes qui **maintiennent** le trouble une fois installé. Comprendre ces mécanismes est essentiel, car c'est en les modifiant que l'on peut progressivement surmonter le TOC.

Afin de comprendre comment le TOC se maintient, prenons l'exemple de Robert. Chaque point ci-dessous correspond aux numéros de la figure 1 :

Le cycle de maintien du TOC :

1. **Déclencheur**
Robert remarque une tache sur le sol.
2. **Pensée intrusive**
La situation déclenche une pensée intrusive, par exemple : « *Est-ce du sang ?* », « *Suis-je contaminé par le VIH ?* »
3. **Interprétation de la pensée**
Robert interprète cette pensée comme un signe de danger réel :
« *Cette pensée est importante, je ne peux pas l'ignorer. Cela signifie que je suis réellement en danger.* »
4. **Responsabilité de l'action**
Il se dit alors : « *S'il y a un danger, je dois me protéger et protéger les autres.* »
5. **Comportements de sécurité**
Robert se sent obligé de se laver les mains et de chercher à être rassuré.
6. **Soulagement temporaire et répétition du cycle**
Les comportements de sécurité réduisent temporairement l'anxiété : « *Je suis en sécurité parce que je me suis lavé les mains.* »
Cependant, ils empêchent Robert de réaliser que rien de grave ne se serait produit même sans ces comportements. Le doute revient rapidement, et le cycle recommence.

Facteurs supplémentaires maintenant le cycle :

7. **Interaction entre émotions et comportements**
Les comportements de sécurité visent à réduire l'anxiété, mais ils sont souvent épuisants. La fatigue physique et mentale qui en résulte peut intensifier les sentiments de stress et de peur, ce qui alimente à son tour le TOC.
8. **L'anxiété comme preuve de danger**
Les sensations physiques et mentales associées à l'anxiété peuvent renforcer la croyance en un danger réel :
« *Si je me sens aussi mal, c'est qu'il doit vraiment y avoir un risque.* »

Schéma de maintien du TOC

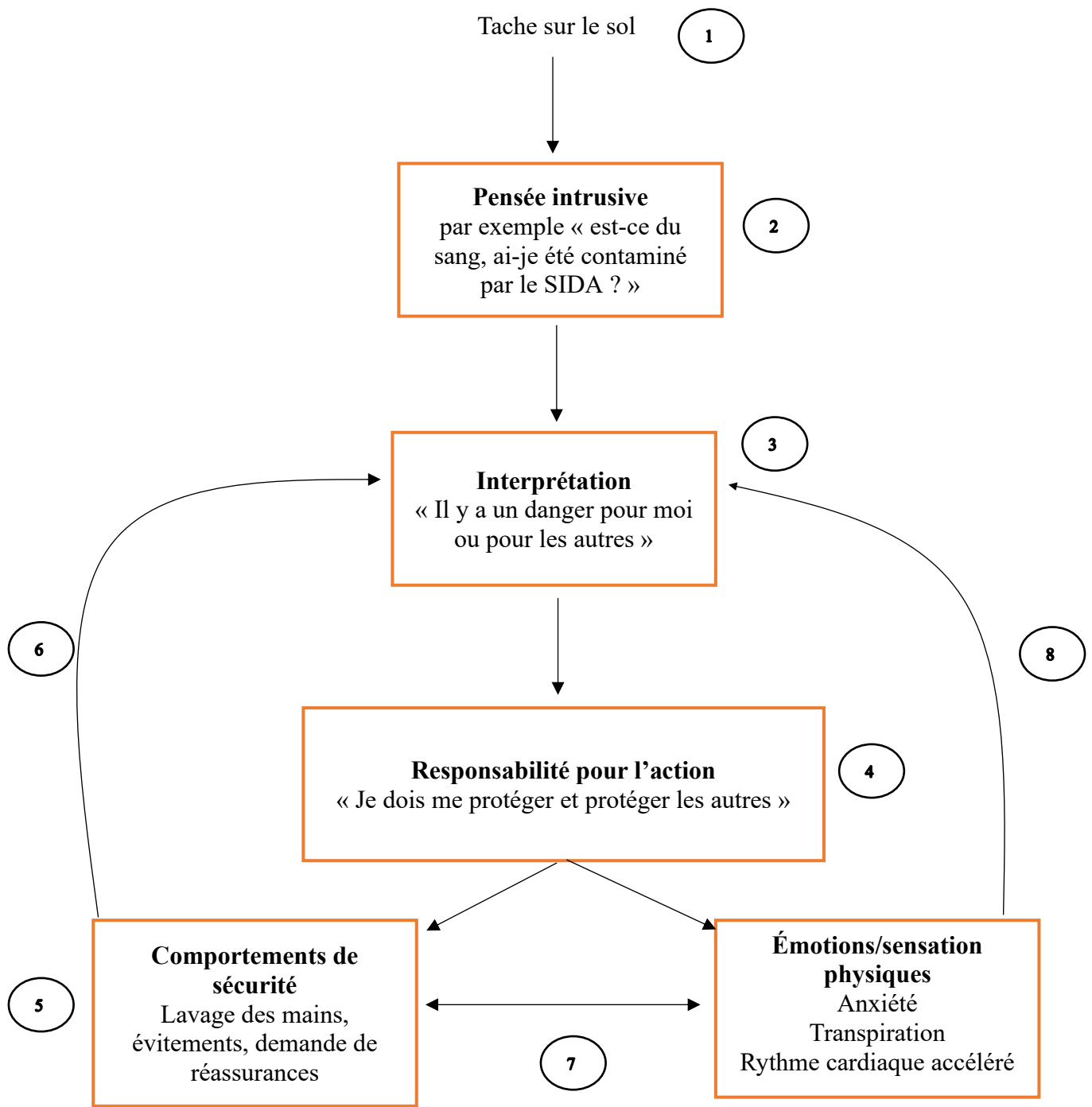


Figure 1 : Le cercle vicieux du TOC

Interprétation des pensées

Presque tout le monde fait l'expérience, à un moment donné, de pensées ou d'impulsions intrusives. Par exemple, il peut arriver à tout le monde d'avoir brièvement la pensée de dévier sa voiture de la route.

Chez une personne ne souffrant pas de TOC, ces pensées sont perçues comme de simples événements mentaux, sans importance particulière. Elles peuvent être rejetées comme étant « juste des pensées », ce qui permet de briser directement le cercle vicieux. En revanche, chez une personne atteinte de TOC, la pensée intrusive est interprétée comme dangereuse. La pensée de dévier la voiture peut être interprétée comme le signe que la personne pourrait réellement passer à l'acte.

Regardez à nouveau la Figure 1 : Robert a la pensée qu'il est contaminé par une maladie sexuellement transmissible. De telles pensées fugaces sont courantes chez les personnes sans TOC (voir l'Annexe 1). Cependant, Robert ne peut rejeter cette pensée et pense qu'il est en réel danger (à cause de l'interprétation qu'il fait de cette pensée). Le processus peut se produire si rapidement qu'il peut être inconscient de la manière dont il a interprété ses pensées !

Parfois, le danger perçu est immédiat : « Je pourrais prendre un couteau et blesser mon bébé. » Parfois, il est projeté dans l'avenir : « Si je touche cela, je pourrais contracter une maladie grave plus tard. »

Il est également fréquent que les personnes se demandent : « Ai-je réellement fait l'action à laquelle je pense ? » Ce doute peut conduire à des vérifications répétées (par exemple, vérifier qu'on n'a pas renversé quelqu'un en voiture).

Il est également assez fréquent que les personnes souffrant de TOC croient que le fait d'avoir une pensée révèle un aspect caché de leur personnalité : « Même si je me vois comme quelqu'un de bien, le fait d'avoir cette pensée peut vouloir dire qu'au fond je ne suis pas quelqu'un de bien. » En effet, une manière d'identifier la façon dont une pensée est interprétée consiste à demander à la personne : « Qu'est-ce que le fait d'avoir cette pensée dit de vous ? » Les personnes répondent souvent qu'elles se sentent « mauvaises », « dangereuses » ou « honteuses ». Souvent, elles savent rationnellement que cette croyance n'est pas vraie. Cependant, lorsque l'anxiété est très élevée, le doute s'insinue et elles peuvent commencer à se demander si elles sont réellement une bonne personne.

Rappel : L'interprétation des pensées maintient le TOC parce que la signification des pensées est surévaluée et elles sont perçues comme une menace, ce qui pousse à agir pour « rester en sécurité ». Cependant, cela contribue à alimenter le cercle vicieux du TOC.

Responsabilité de l'action

La responsabilité de l'action correspond à la croyance selon laquelle la personne a le pouvoir – et le devoir – d'empêcher qu'un événement négatif se produise.

Il est important de distinguer une responsabilité réaliste et saine d'un sentiment de responsabilité excessif, qui conduit à une détresse importante et à des rituels envahissants.

Lorsque ce sentiment devient disproportionné, il est souvent nécessaire de réévaluer ce que signifie réellement « être responsable ».

Rappel : La responsabilité excessive maintient le TOC, car la personne pense devoir tout faire pour éviter un danger, même improbable.

Comportements de Sécurité

Le comportement de sécurité est tout comportement qui nous fait nous sentir « en sécurité » et diminue l'anxiété à court terme. Globalement, les comportements de Sécurité peuvent être divisés en : évitement, réassurance, vérification et rituels de neutralisation.

Comportement de sécurité	Exemples
Évitement	Éviter les toilettes publiques Éviter les films qui pourraient déclencher des pensées violentes
Réassurance	Donner la responsabilité à quelqu'un d'autre – par exemple « Pouvez-vous m'assurer que rien de mal n'arrivera ? » Demander aux autres de vérifier Porter un talisman
Vérification	Vérifier que les robinets de gaz sont éteints Vérifier que le bébé dort toujours dans le berceau N.B. Souvent les personnes vérifient jusqu'à ce que cela semble « bien », cela peut être un certain nombre de fois, parfois les personnes ont des nombres spécifiques considérés comme « bons » versus « mauvais »
Rituel de neutralisation	Compter, réciter une prière ou un mantra ou peut-être penser à des pensées « bonnes ». Laver ses mains

En effet, de nombreuses personnes souffrant de TOC perçoivent les comportements de sécurité comme une solution logique à leurs peurs. Par exemple, Robert peut se dire : « Quel est de toute façon le pire qui puisse arriver si je me lave ? », « Il vaut mieux prévenir que guérir ». Cependant, les comportements de sécurité entretiennent et alimentent le TOC.

Les comportements de sécurité maintiennent le TOC car ils :

- Focalisent l'attention sur la menace (p.ex. laver ou demander de la réassurance oriente davantage notre attention sur les potentielles menaces) ;
- Augmentent le doute (p.ex. est-ce que j'ai vraiment bien lavé ? Est-ce que je me rappelle bien avoir fermé la porte ?) ;
- Renforcent le stress et l'épuisement, ce qui nous rend encore plus vulnérables face aux pensées intrusives ;
- Augmente le nombre de pensées intrusives (essayer de contrôler les pensées leur donne plus de force) ;
- Empêchent de découvrir que le pire ne se produit pas, même sans rituel.

Ce dernier point est illustré dans l'histoire suivante :

Un garçon approche un homme qui agite ses mains en l'air de manière rythmique :

Garçon : « Pourquoi agitez-vous vos mains en l'air ? »

Homme : « Pour éloigner les tigres »

Garçon : « Mais il n'y a pas de tigres »

Homme : « Vous voyez ! Ça marche ! »

L'histoire est comique parce que l'homme pense que ses actions éloignent les tigres. C'est la même chose que pour les comportements de sécurité dans le TOC : les personnes croient que leurs vérifications, rituels et mantras empêchent quelque chose d'affreux de se réaliser. Si nous regardons à nouveau la Figure 1., Robert conclut « Je suis en sécurité parce que j'ai fait mon rituel ». En fait, les comportements de sécurité ont seulement servi à l'empêcher de réaliser que rien de mal ne serait arrivé, même s'il n'avait pas lavé ses mains.

Bien sûr, nous ne pouvons jamais être certains que quelque chose de mauvais n'est pas arrivé ou n'arrivera jamais. Par exemple, nous ne pouvons jamais garantir que Robert sera 100 % en excellente santé toute sa vie, sans aucune maladie grave, car c'est un risque auquel nous faisons tous face. Dans ces cas précis, il est plus difficile de démontrer que les comportements de sécurité ont peu d'incidence sur le niveau de risque, parce que le danger craint est moins testable. Cependant, les personnes peuvent tout de même prendre conscience de comment les comportements de sécurité contribuent à focaliser leur attention sur la menace, à augmenter le doute et l'anxiété. Les personnes peuvent aussi apprendre à reconsidérer leur niveau de responsabilité dans l'histoire et s'entraîner à tolérer le doute et l'incertitude, comme nous allons le voir tout de suite.

Rôle de la Certitude

Dans le TOC, nous cherchons souvent à être sûrs d'avoir fait quelque chose (ou de ne pas l'avoir fait). Pourtant, de combien de choses pouvons-nous être réellement sûrs à 100 % ? Pas de beaucoup. Malgré cela, nous cherchons parfois à atteindre un niveau de certitude aussi élevé que possible.

Alors, quels sont les moyens que nous utilisons pour y parvenir ? En général, nous mobilisons notre esprit, nos émotions et parfois nos comportements. Nous utilisons notre raisonnement pour examiner les faits et envisager différentes hypothèses, notre mémoire pour nous rappeler des événements passés susceptibles d'influencer notre décision ; et nos émotions pour vérifier que nous nous sentons « suffisamment sûrs ». Nous pouvons aussi solliciter l'avis des autres ou faire des recherches sur les questions qui nous préoccupent. En règle générale, ce type de précautions est réservé aux décisions importantes de la vie : quel métier choisir, quelle maison acheter, avec qui se marier, etc.

En revanche, si nous commençons à utiliser ces moyens pour des décisions mineures ou des tâches ordinaires du quotidien (par exemple, quitter la maison), un problème apparaît. Ces précautions ne sont pas conçues pour ce type de décisions et, lorsque nous cherchons à être certains, nous devenons simplement submergés et de plus en plus incertains.

Réfléchissons à cela : les pensées sont juste des pensées. Parfois elles sont utiles et parfois non, mais elles sont assez peu fiables et peuvent être facilement influencées par des expériences passées, les autres et juste notre état mental et physique du moment. Nous devons aussi nous questionner sur la fiabilité de notre mémoire. Les avocats savent que s'ils interrogent quelqu'un

assez longtemps, le doute commence à s'installer dans son esprit. Il est très difficile d'être sûr que nous avons relaté un événement de manière fiable, et plus nous essayons de nous en souvenir clairement, plus le doute augmente, jusqu'à parfois nous envahir complètement.

Le TOC agit comme cet avocat. Il vous demande d'essayer de vous souvenir d'actions spécifiques qui ont ou n'ont pas eu lieu. C'est encore plus compliqué lorsque vous essayez de vous souvenir de quelque chose qui n'est pas arrivé – par exemple que vous n'avez renversé personne en voiture ce matin. Comment pouvez-vous vous souvenir de quelque chose qui n'est pas arrivé ?

Les pensées, la mémoire et les émotions sont des sources d'information imparfaites. Plus on tente d'obtenir une certitude absolue, plus le doute augmente. Le TOC agit comme un « avocat du doute », cherchant sans cesse des preuves supplémentaires.

Apprendre à vivre avec une part normale d'incertitude est donc un élément clé de la thérapie du TOC.

Rappel : chercher la certitude maintient le TOC ; apprendre à tolérer le doute contribue à l'affaiblir.

Résumé :

Le TOC est maintenu par plusieurs mécanismes interdépendants :

- L'interprétation catastrophique des pensées intrusives ;
- Les comportements de sécurité ;
- Un sentiment excessif de responsabilité ;
- Le besoin de certitude absolue.

Ces éléments s'organisent en un **cycle vicieux**, et c'est en modifiant progressivement ces processus que le TOC peut être surmonté.

Chapitre 3 : Comment surmonter le TOC

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC), et plus particulièrement l'**exposition avec prévention de la réponse (EPR)**, constitue le traitement psychologique le plus recommandé pour le trouble obsessionnel compulsif.

La TCC aide les personnes à identifier, questionner et mettre en perspective les pensées et comportements qui maintiennent leurs difficultés. L'EPR consiste à s'exposer volontairement à des situations, pensées ou objets anxiogènes **sans recourir aux comportements de sécurité habituels**. Cette approche permet un apprentissage durable et une diminution progressive des symptômes du TOC.

Nous discutons de l'EPR et des techniques de TCC en plus de détail ci-dessous.

Expériences Comportementales

Les expériences comportementales sont des activités planifiées visant à tester des croyances spécifiques liées au TOC. Elles occupent une place centrale dans la prise en charge en TCC et permettent notamment de :

- Tester les pensées catastrophiques ;
- Comprendre le rôle des comportements de sécurité ;
- Envisager des interprétations alternatives.

Ces expériences se déroulent dans la vie réelle et favorisent une prise de conscience à la fois cognitive et émotionnelle. Les personnes savent souvent « rationnellement » qu'elles ne sont pas en danger, mais continuent à le ressentir émotionnellement. Les expériences comportementales permettent précisément de modifier ces apprentissages émotionnels.

Prenons un exemple :

Problème : Kath a des pensées obsessionnelles sur des accidents qui pourraient blesser les membres de sa famille ; toute pensée liée à quelque chose de mauvais arrivant à l'un d'eux doit être neutralisée par des rituels.

Pensées cibles (croyances qui donnent de l'importance aux pensées intrusives) : Si je pense à quelque chose de mauvais arrivant à ma famille, cela pourrait se réaliser vraiment (niveau de conviction =70%). Si je ne fais rien pour empêcher que ça arrive, alors je serais responsable (niveau conviction =80%).

Perspective alternative (autre interprétation possible de la pensée intrusive) : Une pensée est simplement une pensée et ne peut pas influencer la réalité.

Prédiction (crainte) : Si j'ai une mauvaise pensée (d'accident), cela va se réaliser. Mon anxiété lorsque j'aurai cette pensée sera insupportable et je serai incapable de résister aux rituels.

Plan : Augmenter progressivement l'exposition aux pensées « négatives », d'abord impliquant seulement le thérapeute (par exemple), puis la famille.

Expérience : Kath a passé 10 minutes à penser au thérapeute ayant une crise cardiaque pendant son rendez-vous. Elle est ensuite passée à sa famille, commençant avec des pensées d'une entorse à la cheville et finissant avec des pensées de la mort d'un être cher.

Observations : Comme elle « savait » que ses pensées étaient illogiques, ses niveaux de conviction n'étaient jamais plus hauts que 80 %, mais ses niveaux d'anxiété ont commencé à 90%. Au fil du temps, elle a gagné en confiance car sa crainte ne s'est jamais réalisée. Sa croyance qu'une pensée pourrait causer du mal à sa famille est passée de 70 % à 40 % et son sens de responsabilité a chuté à 60 %.

Réflexion : Au fil du temps, Kath a appris que les pensées sont juste des pensées et n'avaient pas le pouvoir de provoquer les choses. Elle a aussi pu voir qu'elle était capable de faire face à de hauts niveaux d'anxiété.

Adapté de Morrison & Westbrook, dans Bennett Levy et al (2004)

Rappel : Les expériences comportementales peuvent nous aider à tester les pensées catastrophiques, comprendre le rôle des comportements de sécurité et considérer une alternative à la manière dont nous pensons habituellement aux choses.

Elles peuvent aussi être utilisées de diverses façons (pour plus d'idées, veuillez voir l'Annexe 2) et des feuilles de travail prêtes à l'emploi sont disponibles dans l'Annexe 3).

Accepter la détresse

Pourquoi accepter la détresse est essentiel

Lorsque l'on fait un exercice d'exposition sans rituel, **l'objectif n'est pas de faire disparaître l'anxiété**. L'objectif est d'apprendre à votre cerveau que l'anxiété peut être ressentie **sans danger**, même en l'absence de rituel.

Ce que fait le TOC

Quand une obsession apparaît, votre cerveau déclenche une alarme : « *Attention danger ! Faire le rituel !* ». Si vous faites le rituel, l'anxiété diminue... mais le TOC se renforce. En effet, votre cerveau retient que le rituel a été nécessaire et que c'est grâce à lui que vous avez été épargné du danger.

Ce que vous faites pendant l'exposition

Lorsque vous vous exposez **sans faire le rituel**, l'anxiété augmente. C'est **normal**. Ce n'est **pas un échec**. En restant ainsi dans la situation sans agir, deux apprentissages fondamentaux peuvent être enregistrés par votre cerveau :

- *L'anxiété peut diminuer spontanément* : si vous ne fuyez pas ou ne vous rassurez pas, l'anxiété finit souvent par redescendre spontanément. Vous découvrez alors que vous pouvez la tolérer.
- *Obsession + angoisse ≠ catastrophe, même sans réaliser de rituel* : c'est cet apprentissage qui affaiblit durablement le TOC. Il peut être enregistré même lorsque l'anxiété ne diminue pas spontanément.

Une image utile

Dans votre cerveau, il existe :

- Un **ancien chemin** : obsession → je réalise mon rituel → soulagement.
- Un **nouveau chemin** : obsession → je reste sans rien faire → rien de grave ne se passe.

Chaque exposition sans rituel renforce le nouveau chemin, même si elle est très inconfortable.

Règle clé à retenir

L'exposition fonctionne même si l'anxiété reste élevée. Elle échoue surtout si vous faites le rituel. **Chercher à faire baisser l'anxiété à tout prix revient souvent à obéir au TOC.**

Ce que vous pouvez vous dire pendant l'exposition

- « *Cette angoisse est désagréable, mais elle n'est pas dangereuse.* »
- « *Je n'ai rien à résoudre maintenant.* »
- « *Je laisse l'angoisse être là et je continue.* »

Message essentiel :

Beaucoup d'angoisse ≠ échec !

Beaucoup d'angoisse = apprentissage en cours !

Vous ne faites pas ces exercices pour vous sentir mieux tout de suite, mais pour être plus libre durablement.

Fixer des Objectifs

Lors de la planification d'expériences comportementales, il peut être utile de trouver un objectif motivant vers lequel vous travaillez. Quelque chose de général, comme « d'ici la fin de l'année, je ne veux pas que les pensées obsessionnelles impactent ma vie » est difficile à évaluer et peut donc constituer un objectif trop flou.

Pour vous aider à définir des objectifs plus fonctionnels, voici la méthode S.M.A.R.T (*Specific, Measurable, Achievable, Relevant, Time-bound*).

SPECIFIC

Spécifique

Assurez-vous bien que votre objectif soit formulé de manière spécifique.

MEASURABLE

Mesurable

Assurez-vous que vous puissiez clairement définir si votre objectif a été atteint/réalisé ou non.

ACHIEVABLE

Atteignable

Assurez-vous que votre objectif soit réaliste, qu'il soit possible pour vous d'y arriver seul.

RELEVANT

Pertinent

Assurez-vous que cet objectif soit réellement important pour vous, qu'il vous aidera à améliorer votre qualité de vie.

TIME-BOUND

Temporellement défini

Définissez précisément le moment où vous comptez avoir atteint cet objectif. Il peut être utile de le diviser en plusieurs étapes.

Un objectif clair facilite l'engagement et l'évaluation des progrès. Pensons à un exemple : « *Je veux être capable d'utiliser les toilettes publiques malgré mes peurs des germes.* ».

S Je veux être capable d'utiliser les toilettes publiques quand je suis dehors, où que je sois. Même si cela me cause de l'anxiété, j'utiliserai encore les toilettes publiques sans utiliser mes comportements de sécurité. Je n'éviterai pas non plus de boire dans les lieux publics pour avoir moins envie d'aller aux toilettes.

M Je saurai si mon objectif a été atteint si je suis capable d'utiliser les toilettes publiques quand je suis dehors sans utiliser mes comportements de sécurité. Je n'attendrai pas d'être à la maison pour aller aux toilettes.

A C'est un objectif que je peux atteindre par moi-même, qui ne dépend pas des autres.

R C'est vraiment pertinent pour ma vie quotidienne. Ce sera mieux pour mon bien-être général et ma santé si je suis capable d'utiliser les toilettes publiques.

T J'aurai validé cet objectif d'ici jeudi 23 janvier pour pouvoir faire un retour à mon partenaire / thérapeute / ami que je vois ce jour là.

Hiérarchiser

Il est souvent utile de découper un objectif en sous-objectifs et de les hiérarchiser, en mettant la tâche la plus difficile au sommet de la hiérarchie.

Ci-dessous est un exemple de comment Angela a réalisé sa hiérarchie. Vous vous souvenez peut-être qu'elle était inquiète de blesser des enfants, et qu'elle devait se réciter une comptine pour se sentir en sécurité.

La hiérarchie doit toujours inclure **l'exposition ET la prévention de la réponse**. Il est inutile de réaliser une exposition difficile si elle est suivie des comportements de neutralisation. L'expérience montre qu'il est souvent plus efficace de commencer par le milieu de la hiérarchie, puis de progresser vers les niveaux les plus difficiles.

Hiérarchie d'Angela :

1. Penser à blesser un enfant (présent dans la pièce) sans ritualisation (c'est-à-dire ne pas contrer la pensée à l'aide de sa comptine)
2. Penser à blesser un enfant (non présent) sans ritualisation
3. Penser à blesser un enfant (non présent) et essayer de réduire le nombre répétition de la comptine (5 fois)
4. Penser à blesser un enfant (non présent) et ritualiser comme d'habitude (10 fois)

Angela a travaillé sur cette hiérarchie avec son thérapeute. D'abord, elle a classé les items du plus difficile en haut, au plus facile en bas. Elle a ensuite commencé à réaliser les exercices d'exposition - c'est-à-dire penser délibérément à blesser un enfant. Elle a réussi à commencer au point 3 et à travailler jusqu'au sommet de la hiérarchie. Elle a découvert que rien d'affreux ne se passait, même quand elle pensait volontairement à ça sans réciter sa comptine.

Vous pourriez aussi trouver utile de créer votre propre hiérarchie. Nous conseillons aux personnes d'essayer de s'attaquer aux items du milieu de la hiérarchie et de travailler ensuite vers les items les plus difficiles.

Théorie A vs. théorie B

Les personnes atteintes de TOC peuvent développer deux explications possibles à propos de leurs pensées intrusives.

Théorie A – Le discours du TOC

« Si j'ai ce doute, c'est qu'il y a un vrai danger. Je dois agir pour être sûr à 100 %. Si je ne fais rien, je prends un risque et je serai responsable. »

Selon cette explication :

- Le doute est un **signal d'alerte**,
- Je dois éliminer toute incertitude,
- Agir est nécessaire pour éviter le pire.

Ce que je fais alors :

- Je vérifie à répétition,
- Je lave ou je nettoie,
- Je contrôle mes pensées,
- Je demande de la réassurance.

Ce que ça produit :

- Un soulagement immédiat,
- Mais le doute revient,
- Et souvent plus fort qu'avant.

Théorie B – L'explication alternative de la TCC

« Le problème n'est pas le danger, mais mon besoin d'être totalement sûr et mon sentiment de responsabilité. Le problème n'est pas le danger, mais ma façon de réagir au doute. »

Selon cette explication :

- Le doute est **normal**,
 - Vouloir être sûr à 100 % est impossible,
 - Les compulsions empêchent mon cerveau de s'apaiser naturellement.
- ⇒ Idée centrale : Plus je cherche à être sûr, **moins je me sens sûr**.

Ce que chaque explication prédit

Situation	Théorie A (TOC)	Théorie B (TCC)
Je fais une compulsion	Je me protège	Je renforce le doute
Je ne fais pas la compulsion	Danger	Anxiété temporaire
À long terme	Sécurité	Doute et anxiété diminuent

Comment allons-nous tester ces deux explications ?

Les expériences comportementales permettent de tester ces deux théories et d'observer laquelle correspond le mieux aux faits.

En thérapie, nous allons faire des exercices d'**exposition progressive**, par exemple :

- Vérifier moins ou une seule fois,
- Retarder ou ne pas faire un rituel,
- Ne pas demander de réassurance.

Nous observerons :

- Ce qui se passe réellement,
- Comment évoluent le doute et l'anxiété,
- Quelle explication correspond le mieux aux faits.

Ce que j'essaie d'apprendre

- Est-ce que je suis vraiment en danger si je ne fais pas la compulsion ?
- Ou est-ce que c'est la compulsion qui maintient mon TOC ?

En résumé :

Le TOC me fait croire que je dois être sûr à 100 %.

La thérapie m'aide à tolérer une incertitude normale.

En arrêtant progressivement les compulsions, le doute perd sa force.

Réduire la Recherche de Réassurance

La recherche de réassurance peut prendre de nombreuses formes : demander confirmation à quelqu'un, vérifier sur internet, solliciter l'avis des proches...

Bien qu'elle soulage brièvement l'anxiété, elle entretient le TOC en :

- Diminuant la confiance en son propre jugement ;
- Diminuant la confiance en sa capacité à gérer les émotions pénibles seul ;
- Renforçant l'intolérance à l'incertitude ;
- Transférant la responsabilité aux autres.

Beaucoup de personnes savent que la recherche de réassurance est inutile, car il est impossible de garantir que quelque chose de mal ne soit pas arrivé ou n'arrivera pas dans le futur. Cependant, les personnes se sentent tout de même souvent poussées à en chercher de parce qu'elle offre un soulagement à court terme de l'anxiété. Malheureusement, demander à quelqu'un de donner cette assurance participe au cercle vicieux du TOC car cela ne suffit pas à résoudre le doute à long terme.

Réduire la recherche de réassurance est un aspect important de la thérapie du TOC. Voici la trame à suivre :

1. Remarquer quand vous êtes sur le point de chercher de la réassurance, et essayer de résister à cette impulsion (par exemple en décalant la demande dans le temps ou en réduisant le nombre de demandes) ;
2. Faire avec l'incertitude ;
3. Faire un pacte ou contrat avec des amis et la famille sur ce qu'ils devraient faire si vous cherchez de la réassurance (« ne me rassurez pas ! »).

Obtenir du Soutien de la Famille et des Amis

Le soutien des proches est utile lorsqu'il aide la personne à **résister au TOC**, et non lorsqu'il participe aux rituels ou à la réassurance.

Vous pourriez vouloir partager ce livret avec des amis et de la famille. Vous pourriez trouver utile d'expliquer ce que vous avez appris jusqu'à présent. Il peut être intéressant de partager les objectifs que vous vous êtes fixé, pour que les amis et la famille puissent vous aider à les atteindre. Il est souvent important d'avoir une conversation avec les proches sur ce qu'ils devraient faire si vous demandez de la réassurance. Voici un exemple d'interaction aidante :

- Vous : « *Peux-tu me promettre que tu m'as vu verrouiller la porte quand nous avons quitté la maison ?* »
- Famille/ami : « *Je vois bien que tu es anxieux et je comprends pourquoi tu me demandes ça, mais nous avons convenu que je ne te rassurerais pas à ce sujet.* »

Conseils pour les amis et la famille :

1. Ne blâmez pas la personne ou vous-même – le TOC est un problème qui se développe souvent au fil du temps sans cause particulière. Il peut être très invalidant mais n'est pas un signe de « folie ». C'est un problème d'anxiété qui peut être surmonté avec le bon accompagnement et du soutien.
2. Informez-vous sur le TOC et parlez-en avec votre proche. Ayez un plan commun de comment vous le soutiendrez pour travailler sur ses peurs et faire face à ses comportements TOC.
3. Ne participez pas au TOC (ne vous accommodez pas !). Donner de la réassurance ou participer aux rituels peut sembler la chose la plus gentille à faire. Cependant, cela contribue au maintien du trouble !
4. Soyez compréhensif et gentil quand votre proche vous demande de la réassurance de participer à des rituels mais rappelez-lui que cela n'est pas utile et que c'est même contreproductif.
5. Soyez préparé aux retours en arrière. Surmonter le TOC peut être atteint en trouvant des alternatives aux pensées et comportements TOC habituels, mais cela prend du temps. Les retours en arrière sont inévitables et peuvent être frustrants et démoralisants. Cependant, ils peuvent aussi servir de points d'apprentissage pour éviter les pièges dans le futur, et finalement rendre plus fort.
6. Être actif. Le TOC peut être extrêmement épuisant pour la personne qui en souffre et parfois il est utile de la soutenir pour faire des activités et loisirs qui rendent la vie plus épanouissante. Cela peut être de petites choses pour commencer, comme faire un mot croisé ou aller se promener.
7. Communiquer. Le TOC peut être très stressant pour toutes les personnes impliquées. Demandez à la personne comment elle se sent et si elle veut de l'aide pour travailler ses objectifs. Vous pourriez aussi trouver que vous avez besoin vous-même de soutien, et dans ce cas, il est important que vous trouviez aussi quelqu'un à qui vous confier, que ce soit un ami, partenaire ou un professionnel de santé mentale.

Pleine conscience

La pleine conscience est une discipline orientale ancienne qui a été adoptée dans les pratiques actuelles de santé mentale en raison de ses bénéfices dans la réduction des symptômes tels que l'humeur dépressive, l'anxiété et la douleur.

La pleine conscience consiste à porter attention au moment présent, de manière intentionnelle et sans jugement. Elle permet de développer une nouvelle relation aux pensées, émotions et sensations physiques.

Comment la pleine conscience peut-elle aider avec le TOC ?

Dans le TOC, la pleine conscience aide à :

- Observer les pensées sans agir ;
- Réduire l'auto-critique ;
- Sortir des réponses automatiques.

Les pensées deviennent alors des événements mentaux, et non des vérités ou des ordres à suivre.

Pensons à un exemple : Imaginez que vous vivez une expérience anxieuse, même subtile. Si vous pouvez vous asseoir et observer les pensées et sentiments associées à cette expérience, les accepter (c'est-à-dire accepter leur présence, ne pas les considérer comme des « vérités »), ne pas vous perdre en eux ou agir en leur nom, alors ils sont plus susceptibles de passer. Vous êtes maintenant « présent » et vous ne vous perdez pas dans le temps (futur ou passé).

Est-il facile d'apprendre la pleine conscience ?

Les compétences de pleine conscience sont simples mais cela nécessite beaucoup de pratique. Une introduction utile à la Pleine Conscience sur le site Montréal.fr : <https://tccmontreal.com/mbct/>.

Résumé :

Vous pouvez surmonter le TOC en suivant ces étapes :

- Fixer des expériences comportementales qui aident à challenger les comportements et croyances dysfonctionnels ;
- Accepter la détresse liée aux exercices d'expositions ;
- Définir des objectifs clairs et pertinents pour votre vie ;
- Travailler avec une hiérarchie d'exposition ;
- Faire l'expérience d'une explication alternative du TOC (c'est-à-dire théorie A/B) ;
- Réduire la recherche de réassurance ;
- Obtenir le soutien de la famille et des amis mais sans qu'ils vous rassurent ou s'accommodent à vos TOC ;
- Pratiquer la pleine conscience.

Les proches et amis peuvent aider :

- En vous encourageant à vous challenger ;
- En communiquant avec vous sur le TOC ;
- En ayant confiance en vous et dans le processus de rétablissement.

Les proches doivent éviter de :

- Vous punir ou vous critiquer ;
- Participer au TOC (par exemple, vous rassurer ou exécuter des rituels à votre place).

Chapitre 4 : Traitements médicamenteux

Les directives de la Haute Autorité de Santé (HAS) suggèrent que les personnes avec un TOC dont l'intensité est modérée doivent se voir proposer une TCC intensive (avec exposition avec prévention de la réponse ou EPR) ou un traitement médicamenteux. Parfois, il peut leur être proposé une combinaison des deux.

Le traitement médicamenteux peut constituer une béquille importante dans la prise en charge du TOC, en particulier lorsque les symptômes sont sévères, chroniques, ou lorsqu'ils entravent la mise en place d'une thérapie psychologique.

Les médicaments ne « guérissent » pas le TOC, mais ils peuvent contribuer à **réduire l'intensité des obsessions et des compulsions**, facilitant ainsi l'engagement dans la TCC, et notamment dans l'EPR.

Quels médicaments sont utilisés ?

Les médicaments les plus couramment prescrits dans le TOC appartiennent à la classe des **antidépresseurs inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS)**.

Parmi les ISRS fréquemment utilisés dans le TOC, on trouve notamment :

- La Fluoxétine ;
- La Fluvoxamine ;
- La Sertraline ;
- La Paroxétine ;
- L'Escitalopram.

Un antidépresseur plus ancien, la Clomipramine, peut également être efficace. Il s'agit d'un **antidépresseur tricyclique**, parfois prescrit lorsque les ISRS sont insuffisamment efficaces ou mal tolérés.

Comment agissent ces médicaments ?

Ces médicaments agissent principalement sur le système de la **sérotonine**, un neurotransmetteur impliqué dans la régulation de l'humeur, de l'anxiété et des comportements répétitifs.

Dans le TOC, les antidépresseurs semblent réduire :

- La fréquence et l'intensité des pensées obsessionnelles ;
- La réactivité émotionnelle face aux pensées obsessionnelles ;
- L'urgence ressentie à réaliser des compulsions.

Délais d'action

Contrairement à certains médicaments anxiolytiques, les antidépresseurs utilisés dans le TOC nécessitent du temps avant de produire un effet notable.

En général :

- Une amélioration partielle peut apparaître après **4 à 6 semaines** ;
- L'effet optimal peut nécessiter **8 à 12 semaines**, voire davantage ;
- Dans le TOC, les **doses efficaces sont souvent plus élevées** que celles utilisées pour la dépression.

Cela peut être frustrant, mais une absence d'amélioration précoce ne signifie pas que le traitement est inefficace.

Effets secondaires possibles

Comme tout traitement médicamenteux, les antidépresseurs peuvent entraîner des effets secondaires, notamment en début de traitement. Ceux-ci varient selon les personnes et les molécules.

Les effets secondaires les plus fréquents incluent :

- Des troubles digestifs (nausées, diarrhées) ;
- Des maux de tête ;
- Une augmentation transitoire de l'anxiété ;
- Des troubles du sommeil ;
- Une diminution de la libido ou des difficultés sexuelles.

Dans la majorité des cas, ces effets diminuent au fil des semaines. Il est essentiel de **ne jamais arrêter ou modifier un traitement sans avis médical**, même en cas d'effets indésirables.

Le traitement médicamenteux est-il indispensable ?

Non. Certaines personnes parviennent à surmonter le TOC sans traitement médicamenteux, notamment lorsque les symptômes sont légers à modérés et que la TCC est accessible.

En revanche, le traitement médicamenteux peut être particulièrement utile lorsque :

- Le TOC est sévère ou envahissant ;
- L'anxiété empêche toute exposition ;
- Il existe une dépression associée ;
- Les tentatives de TCC seules n'ont pas permis d'amélioration suffisante.

Le choix d'un traitement doit toujours être discuté avec un médecin (généralement un psychiatre), en tenant compte des préférences de la personne, de la sévérité des symptômes et du contexte global.

Médicaments et thérapie : une approche complémentaire

Les données scientifiques montrent que l'association **médicaments + TCC (EPR)** est souvent plus efficace que l'un ou l'autre traitement pris isolément, en particulier dans les formes sévères du TOC. Les médicaments peuvent réduire le « bruit » anxieux et obsessionnel, tandis que la TCC permet des apprentissages fonctionnels durables et une modification des mécanismes de maintien du trouble.

Durée du traitement

Il n'existe pas de durée universelle de traitement médicamenteux pour le TOC. En général :

- Le traitement est poursuivi plusieurs mois après l'amélioration ;
- Une diminution progressive peut être envisagée lorsque les symptômes sont stabilisés ;
- L'arrêt doit toujours être **progressif et médicalement encadré** afin d'éviter les effets de sevrage et les rechutes.

Idées reçues fréquentes

- « **Prendre un médicament signifie que je suis faible** »
→ Faux. Il s'agit d'un outil thérapeutique, au même titre que la psychothérapie.
- « **Les médicaments changent la personnalité** »
→ Faux. Ils n'altèrent pas l'identité ou les valeurs de la personne.
- « **Si je prends un médicament, je n'ai plus besoin de thérapie** »
→ Faux. Le médicament aide, mais ne remplace pas les apprentissages réalisés en TCC.

Résumé :

- Les antidépresseurs, en particulier les ISRS, peuvent réduire les symptômes du TOC.
- Leur action est progressive et nécessite du temps et parfois des doses élevées.
- Les effets secondaires sont possibles mais souvent transitoires.
- Le traitement médicamenteux n'est pas obligatoire, mais peut être très utile dans certaines situations.
- L'association médicaments + TCC est souvent la stratégie la plus efficace.

Chapitre 5 : Difficultés potentielles et prévention de la rechute

Surmonter le TOC est un processus progressif. Après une amélioration significative, il est normal de craindre une rechute. Il est important de rappeler que **les fluctuations de symptômes font partie du processus de rétablissement** et ne signifient pas un échec.

Ce chapitre vise à vous aider à comprendre comment consolider les progrès réalisés et à réagir efficacement en cas de réapparition des symptômes.

Comprendre la rechute

Une rechute ne signifie pas que tout le travail accompli est perdu. Il est plus juste de parler de **fluctuations** ou de **pics temporaires de symptômes**.

Le TOC est particulièrement sensible :

- Au stress ;
- À la fatigue ;
- Aux changements de vie ;
- Aux événements émotionnellement chargés ;
- Et même au cycle menstruel !

Dans ces contextes, il est fréquent que des pensées intrusives réapparaissent ou que l'envie de réaliser des rituels se renforce.

À retenir : la présence de pensées intrusives ne signifie pas que le TOC « revient », mais que le cerveau réactive des schémas anciens en situation de vulnérabilité.

Les signes précoces de rechute

Apprendre à repérer les signaux d'alerte permet d'intervenir tôt.

Les signes précoces peuvent inclure :

- Une augmentation du doute (« et si... ? ») ;
- Un retour progressif des comportements de sécurité ;
- Une recherche accrue de réassurance ;
- Une intolérance grandissante à l'incertitude ;
- Une focalisation excessive sur les pensées.

Identifier ces signes ne doit pas conduire à la panique, mais à une **remise en place volontaire des stratégies apprises**.

Que faire en cas de réapparition des symptômes ?

Lorsque les symptômes réapparaissent, la tentation est souvent de reprendre les anciens rituels. Pourtant, c'est précisément à ce moment-là que les stratégies de TCC sont les plus utiles.

Il est recommandé de :

1. **Nommer le TOC**
Reconnaître : « Ceci est le TOC qui s'active. »
2. **Revenir à la théorie B**
Se rappeler que le problème n'est pas un véritable danger, mais la manière de réagir au doute.
3. **Réduire les comportements de sécurité**
Même partiellement. Chaque rituel évité est un pas dans la bonne direction.
4. **S'exposer à nouveau**
Reprendre des expositions, même brèves, permet de désamorcer rapidement le cycle.
5. **Accepter l'inconfort**
L'inconfort est un signal d'apprentissage, pas un signal de danger.

Renforcer la tolérance à l'incertitude et à la détresse

Apprendre à vivre avec l'incertitude est un apprentissage à long terme. Il est utile de continuer à s'exercer volontairement dans la vie quotidienne :

- Accepter de ne pas vérifier ;
- Laisser certaines questions sans réponse ;
- Résister à l'envie d'analyser ;
- Tolérer le doute sans chercher à le faire disparaître.

Ces micro-choix quotidiens renforcent les acquis au-delà des situations directement liées au TOC.

Garder une pratique régulière

Même lorsque les symptômes se sont nettement améliorés, il est recommandé de maintenir une **pratique régulière**, par exemple :

- Réaliser ponctuellement des expositions planifiées ;
- Continuer à limiter la réassurance ;
- Utiliser la pleine conscience pour observer les pensées ;
- Se rappeler activement les principes de la théorie B.

Le TOC a tendance à « négocier » : une vigilance souple mais régulière permet d'éviter les glissements progressifs.

Le rôle de l'autocompassion

Les personnes atteintes de TOC ont souvent des exigences très élevées envers elles-mêmes. En cas de difficulté, elles peuvent se critiquer sévèrement.

Pourtant, l'autocompassion est un facteur clé de maintien des progrès. Cela implique de :

- Reconnaître la difficulté réelle du TOC ;
- Accepter les moments de fragilité ;
- Se parler avec bienveillance plutôt qu'avec sévérité.

Se montrer compréhensif envers soi-même **réduit paradoxalement la vulnérabilité aux rechutes**.

Quand demander de l'aide à nouveau ?

Il peut être utile de solliciter un professionnel si :

- Les symptômes réapparaissent de manière durable ;
- Les expositions deviennent trop difficiles à réaliser seul ;
- Une dépression ou une anxiété marquée s'installe ;
- Les stratégies apprises ne semblent plus suffisantes.

Demander de l'aide n'est pas un échec, mais une stratégie adaptative.

Maintenez vos progrès en prévoyant un plan de rechute.

Parfois, il est trop facile de retomber dans les anciennes habitudes. Penser à l'avance et planifier comment vous répondrez au TOC peut être utile.

Arnaud a travaillé sur le plan suivant :

Moments où je peux être vulnérable au TOC	Ce que ferai
Se sentir fatigué peut me rendre plus susceptible de « céder » aux rituels et retourner vérifier les fenêtres dans ma maison	Demander à ma femme de m'aider à identifier quand je me sens fatigué Passer du temps à me détendre (par exemple, en regardant de la comédie à la télé)
Lire le journal et entendre parler de quelqu'un se faisant cambrioler	Remarquer que les pensées TOC vont et viennent (sans avoir à agir dessus) Me rappeler des expériences comportementales où j'ai affronté mes peurs

En utilisant l'exemple ci-dessus, il peut aussi être utile de se rappeler des trois principales options que nous avons quand nous sommes confrontés à une recrudescence de symptômes TOC. Celles-ci incluent :

- L'option 1, « obsessionnelle », qui rendra le TOC pire à long terme (par exemple, Arnaud peut décider d'agir sur la pensée intrusive et vérifier ses fenêtres)
- L'option 2, « non-obsessionnel », qui aidera à briser le cercle vicieux du TOC (par exemple, Arnaud peut remarquer ses pensées et décider de ne pas vérifier ses fenêtres)
- L'option 3, « anti-obsessionnel », qui est difficile mais aide les personnes à challenger radicalement leur TOC. Par exemple, Arnaud peut remarquer qu'il ressent l'urgence de vérifier toutes les fenêtres et exécuter à la place un comportement « anti-TOC » en laissant délibérément une fenêtre ouverte à l'étage.

Le TOC et le rétablissement

Le rétablissement ne signifie pas l'absence totale de pensées intrusives, mais la capacité à **vivre une vie riche et satisfaisante malgré leur présence éventuelle.**

Avec le temps, les pensées deviennent moins fréquentes, moins crédibles et moins envahissantes. Le TOC peut passer à l'arrière-plan, sans disparaître complètement.

Résumé :

Pour prévenir les rechutes et maintenir les progrès, il est important de :

- Normaliser les fluctuations ;
- Repérer les signes précoces ;
- Réactiver rapidement les stratégies de TCC ;
- Continuer à s'exposer et à tolérer l'incertitude ;
- Cultiver l'autocompassion ;
- Demander de l'aide si nécessaire.

Annexes

Annexe 1. Données sur la fréquence des pensées intrusives dans la population générale (Purdon & Clark, 1993, et Byers et al., 1998)

Ce tableau montre les nombres d'hommes et de femmes (sans TOC) qui ont rapporté la fréquence des pensées intrusives suivantes.

	% femmes	% hommes
<i>Ai-je laissé la cuisinière ou les lumières allumées, erreur qui pourrait causer un feu ?</i>	79	62
<i>Ai-je laissé la porte déverrouillée, et un intrus pourrait être à l'intérieur ?</i>	77	65
<i>Pendant la conduite, une impulsion de faire sortir la voiture de la route</i>	64	53
<i>Je pourrais attraper une maladie sexuellement transmissible en touchant un siège de toilette ou une poignée</i>	60	40
<i>Même si la maison est rangée, une impulsion de vérifier qu'absolument tout est rangé</i>	52	40
<i>Sentir une impulsion soudaine de dire quelque chose de grossier ou d'insultant à un étranger</i>	59	55
<i>Impulsion de dire quelque chose de grossier ou d'insultant à un étranger</i>	50	55
<i>Pendant la conduite, l'impulsion de dévier la voiture dans la circulation venant en sens inverse</i>	50	49
<i>La pensée d'avoir des relations sexuelles dans un lieu public</i>	55	67
<i>La pensée d'avoir des relations sexuelles avec une figure d'autorité (par exemple, ministre, patron, enseignant)</i>	51	62
<i>Pendant la conduite, la pensée de renverser des piétons ou des animaux</i>	46	53
<i>Quand je parle à quelqu'un, pensée intrusive de la personne nue</i>	44	63
<i>Impulsion de m'exposer indécentement en levant ma jupe ou en baissant mon pantalon</i>	14	24
<i>Impulsion de me masturber en public</i>	11	16
<i>Quand je vois un couteau tranchant, la pensée de trancher mon poignet ou ma gorge</i>	20	22
<i>Quand je suis dans un lieu public, la pensée de devenir sale ou contaminé en touchant une poignée de porte</i>	35	23

Annexe 2. Types d'expositions et expériences comportementales

But	Exposition/expérience comportemental possible
Pour se rendre compte de l'importance des interprétations catastrophiques	Angela mène une enquête auprès de ses amis. Au préalable, elle attribue une probabilité élevée (80 %) à la croyance selon laquelle ils ne font jamais l'expérience de pensées violentes intrusives. Cependant, après avoir échangé avec eux, elle réalise que beaucoup ont occasionnellement des pensées violentes (par exemple l'idée de dévier volontairement avec la voiture hors de la route), mais qu'ils y prêtent rarement attention. Résultats : - La probabilité qu'Angela attribue à la croyance que personne d'autre n'a de pensées intrusives chute à 20 %. - Angela commence à remettre en question le fait qu'elle accorde trop d'importance aux pensées. Elle se dit : « peut-être qu'une pensée n'est qu'une pensée... cela ne fait pas de moi une mauvaise personne ni quelqu'un de dangereux pour les autres. »
Pour se rendre compte de l'importance des facteurs de maintien du TOC	Robert travaille avec son thérapeute pour mettre en place une expérience comportementale au cours de laquelle il se lave volontairement les mains encore plus que d'habitude un jour (puis moins que d'habitude un autre jour). Il prédit qu'il se sentira moins anxieux lorsqu'il se lave les mains plus souvent (degré de croyance = 75 %). Résultats : - Robert se rend compte que se laver plus les mains focalise son attention sur sa pensée intrusive de contracter le sida. Il découvre également que se laver les mains moins souvent est difficile au début, mais lui permet ensuite de se consacrer au jardinage et de détourner son attention de ses pensées intrusives. Son degré de croyance selon lequel le lavage des mains réduirait son anxiété diminue à 20 %. - Robert parvient à utiliser cette expérience pour comprendre le rôle des comportements de sécurité dans le maintien de l'anxiété.
Pour produire des preuves permettant une explication alternative	Clive pense qu'il court un grand risque d'être cambriolé (degré de croyance = 95 %) et se souvient avoir lu un article de journal qui rapportait que le taux de cambriolages dans sa région était très élevé. Clive a accepté de relire l'article de journal et d'encercler les affirmations qui suggèrent que sa région est sujette aux cambriolages, ou non. Clive s'est rendu compte qu'il n'avait prêté attention qu'à certaines parties de l'article. En le relisant, il a découvert que le nombre de cambriolages avait autrefois été supérieur à la moyenne, mais qu'ils concernaient presque toujours des magasins et qu'ils avaient désormais diminué grâce à une initiative récente de la police. La conviction de Clive d'être exposé à un risque de cambriolage a légèrement diminué (niveau de conviction = 85 %). Cependant,

	Clive a également pris conscience qu'il se concentrait souvent sur les informations menaçantes (par exemple, se faire cambrioler) au détriment de toute autre information. Il a commencé à comprendre que son anxiété pouvait parfois être due à ce sur quoi il concentrait son attention, plutôt qu'à une vision d'ensemble et à la prise de conscience que les risques pouvaient en réalité être assez faibles.
--	---

Annexe 3. Planifier vos expositions et expériences comportementales

1.	Quel comportement vais-je remettre en question ? <i>Par exemple, je voudrais remettre en question le fait de nettoyer la cabine de douche avant chaque douche.</i>
2.	Y a-t-il une crainte / croyance que je suis en train de tester ? À quel point j'y crois (0-100%) ? <i>Par exemple : si je ne nettoie pas la douche, je crois que je vais être infecté et avoir de la fièvre (degré de croyance = 65 %).</i>
3.	Décrivez en détail ce que vous allez faire. <i>Lorsque je prendrai ma douche [le jour jj/mm/aa], je ne vaporiserai aucun produit antibactérien ou spray douche dans la cabine. Je rentrerai directement dans la douche et me laverai.</i>
4.	Que s'est-il passé ? Votre niveau de conviction a-t-il changé ? <i>Même si cela m'a mis mal à l'aise, j'ai réussi à ne pas utiliser de spray antibactérien. Ma conviction d'être infecté a diminué à 45 %.</i>
5.	Y a-t-il eu des problèmes particuliers ? Avez-vous abandonné tous vos comportements de sécurité ? Y a-t-il d'autres moyens de tester votre croyance ? <i>Le lendemain, j'ai utilisé mes comportements de sécurité (c'est-à-dire le spray antibactérien) comme d'habitude. Cela m'a peut-être empêché de tester mes peurs à long terme. Par conséquent, j'ai l'intention de m'entraîner à ne pas utiliser de spray antibactérien pendant toute la semaine prochaine (jj/mm/aa à jj/mm/aa).</i>