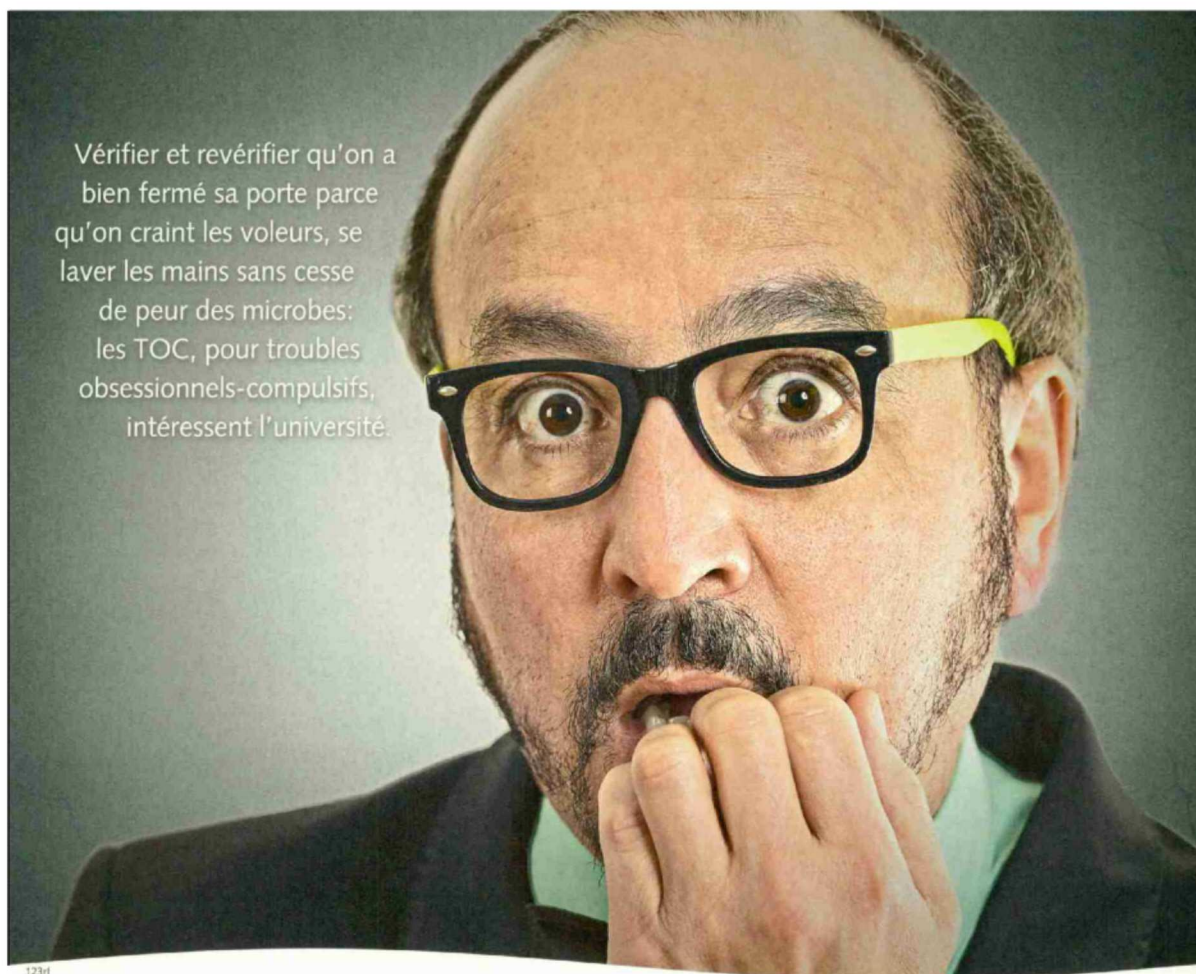


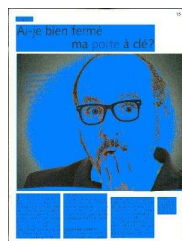
GENÈVE

Ai-je bien fermé ma porte à clé?



Vérifier et revérifier qu'on a bien fermé sa porte parce qu'on craint les voleurs, se laver les mains sans cesse de peur des microbes: les TOC, pour troubles obsessionnels-compulsifs, intéressent l'université.

L'anxiété n'est pas toujours un signe de trouble obsessionnel, disent les chercheurs de Genève.



Jusqu'en 2013, le *Manuel diagnostique et statistique* (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie définissait les TOC comme un trouble où des comportements répétitifs volontaires et irrépressibles sont mis en œuvre pour neutraliser – de façon temporaire – l'anxiété générée par des obsessions. «En outre, précise Sanaâ Belayachi, maître assistante au sein de l'unité de psychopathologie et de neuropsychologie cognitive de l'Université de Genève, ces comportements doivent être excessifs et ne pas être reliés de façon réaliste à l'événement ou à l'état qu'ils sont censés empêcher.» Tout n'est pas TOC dans les gestes répétitifs, certains pouvant être justifiés et nécessaires.

LE GRATTEGE COMPULSIF

Dans sa version la plus récente, la cinquième (sortie en 2013), le DSM a sorti les TOC de la catégorie des troubles anxieux pour les incorporer dans la catégorie du spectre obsessionnel compulsif. Ils s'y retrouvent entre autres avec la trichotillomanie, qui consiste à s'arracher les cheveux ou les poils et éventuellement à en manger le bulbe (beurk!) et le grattage compulsif. La notion de répétitivité est au cœur de cette nouvelle classification.

«De nombreux travaux ont montré, en effet, que l'anxiété n'était pas présente dans tous les TOC», explique Sanaâ Belayachi, qui travaille sur ces pathologies depuis des années. «La nouvelle classification américaine est une avancée. Il n'en reste pas moins qu'on en arrive toujours au même

point: la recherche d'un dénominateur commun à une grande variété de symptômes.»

Or il s'avère impossible de trouver un modèle stable, unique, applicable à tous les patients souffrant d'un TOC. «Il est difficile d'attraper un chat noir dans une pièce sombre surtout lorsqu'il n'y en a pas», dit un proverbe chinois.

UNE QUESTION DE DEGRÉ

Selon les recherches de Sanaâ Belayachi et de Martial Van der Linden, professeur ordinaire de psychologie – il dirige l'unité de psychopathologie et de neuropsychologie cognitive de l'Université de Genève –, les symptômes du TOC, comme la vérification, le lavage répété ou le besoin d'ordre ne sont pas des excentricités liées à la personnalité. Au contraire, ce sont des comportements présents chez tout le monde. Comprendre les TOC passe donc par la compréhension de ces phénomènes dans des contextes «normaux».

Prenons les comportements de vérification: «Ai-je bien fermé ma porte, coupé le gaz, tiré le frein à main de ma voiture?». Ces questions, même répétées, peuvent s'expliquer. Elles visent à vérifier l'accomplissement d'un geste dans des conditions incertaines ou lorsque des obstacles contrarient l'accomplissement de nos actes.

Une personne s'attachait la nuit dans son lit avec

des menottes.

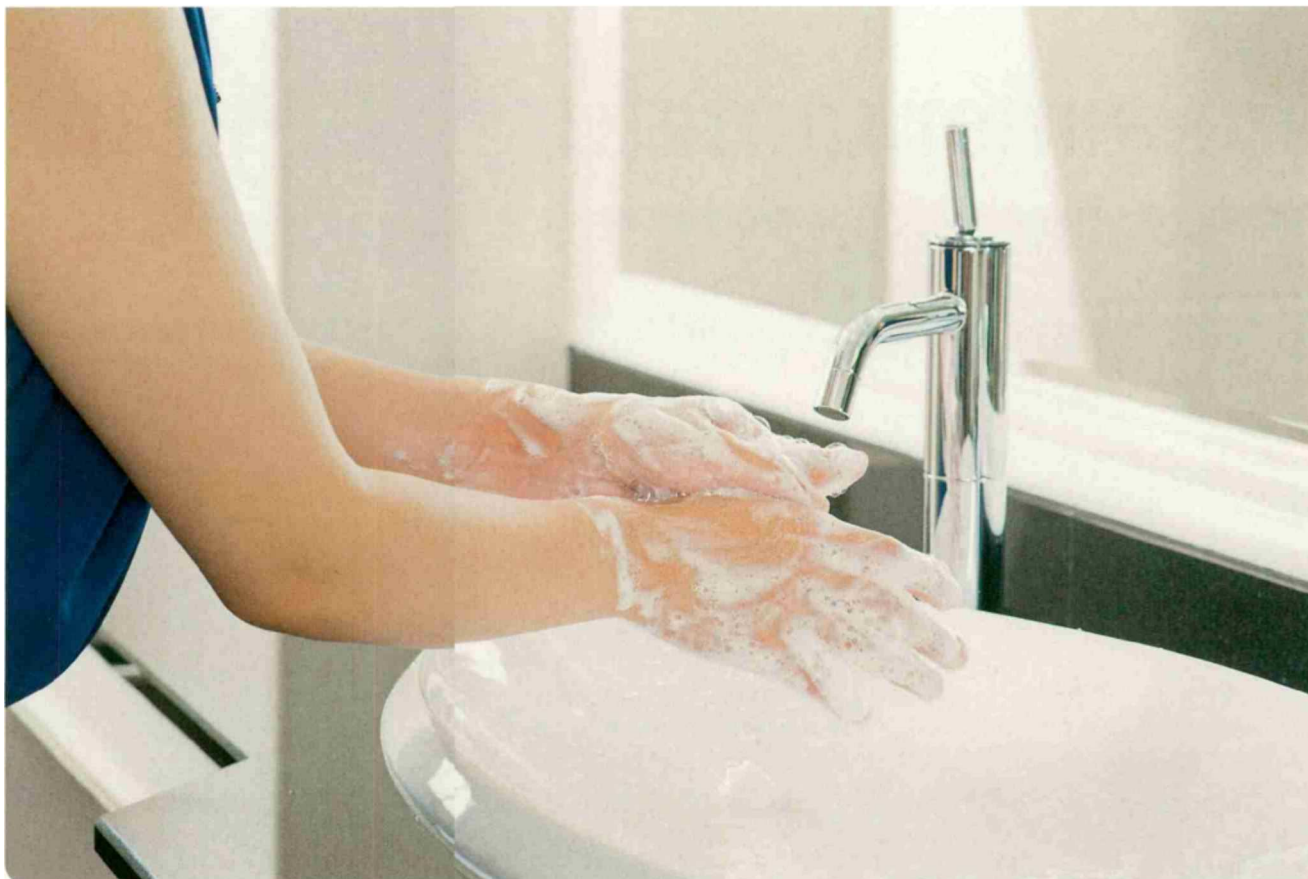
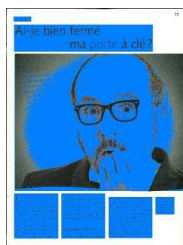
«Des obsessions et compulsions semblables s'observent fréquemment dans le grand public et elles semblent de même nature que celles relevées chez les personnes ayant fait l'objet d'un diagnostic psychiatrique. Mais elles sont moins fréquentes, moins intenses et moins pénibles», insiste Sanaâ Belayachi. Il convient donc de raisonner en termes

de gradation.

Dans la conception classique des TOC, on met dans le même sac la vérification, qui est un comportement non problématique tant qu'il ne devient pas exagéré, et les rituels qui, eux, sont en lien avec la pensée magique et la superstition. «Mais de nombreuses études, y compris les nôtres, montrent qu'il y a différents sous-types de TOC qui sont sous-tendus par des mécanismes totalement différents», dit Sanaâ Belayachi. Il y a donc lieu d'affiner le diagnostic.

LA PEUR DE NOYER SON ENFANT

Un exemple? Il a été établi que les patients en proie à un TOC de contamination ne connaissent pas de problèmes d'inhibition: ils n'ont pas de difficulté à éliminer de leur esprit des pensées non pertinentes ou à empêcher l'expression d'une action qui s'impose à eux. Par contre, les patients qui ont des phobies d'impulsion, telles que la peur de noyer leur enfant en le lavant ou de tuer quelqu'un avec un couteau, présentent au contraire une altération de leurs capacités inhibitrices.



«C'est ainsi qu'une personne témoignant sur la BBC avouait qu'elle s'attachait la nuit dans son lit avec des menottes: elle avait peur de traduire en actes le contenu de ses impulsions durant son sommeil, période durant laquelle son contrôle était limité», explique Sanaâ Belayachi.

Récemment, Sanaâ Belayachi et Martial Van der Linden ont mis en évidence que les mécanismes impliqués étaient distincts selon que les comportements de vérification étaient «cha-

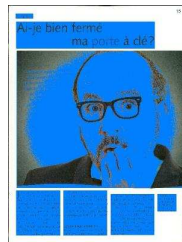
peautés» soit par le doute – «Ai-je bien fermé ma porte, oui ou non?» –, soit par un sentiment d'«incomplétude», avec l'impression immédiate que l'action qu'on a accomplie laisse à désirer ou a été entachée d'une erreur – «Non, le vase n'est pas bien rangé» –, soit encore par la crainte de malheurs futurs – «Si je n'ai pas bien éteint la cuisinière à gaz, la maison va exploser».

UN MALHEUR À VENIR

A la lumière de ces résultats, les deux neuropsychologues suggèrent l'exis-

tence d'au moins trois types de vérifications: les premières, rétrospectives, veulent s'assurer de l'accomplissement d'un but poursuivi dans le passé; les deuxièmes, dites de correction, visent à amender l'action en cours; les troisièmes, prospectives, ont pour objectif d'empêcher un malheur à venir. Une vaste étude associant les Universités de Genève et de Liège va être lancée afin de valider cette classification et de mieux cerner les mécanismes sous-jacents. L'étape suivante consistera à adapter les thérapies à chaque cas. ■

Philippe Lambert



Thérapies trop agressives?

Outre une clarification des concepts, le défi que souhaitent relever Sanaâ Belayachi et Martial Van der Linden est la mise au point de stratégies thérapeutiques sur mesure. Elles visent en particulier les mécanismes qui sont à l'origine des symptômes de vérification. «Certaines études ont montré que la thérapie cognitivo-comportementale, la plus prisée contre les TOC, n'était complètement efficace que chez 25% des patients. Par ailleurs, seuls 50% des patients répondaient aux traitements médicamenteux sans toutefois que leurs symptômes disparaissent complètement», souligne Sanaâ Belayachi.

EFFETS SECONDAIRES LOURDS

Habituellement, plus le TOC est sévère ou

réfractaire aux traitements classiques, plus on tend à recourir à des traitements agressifs: combinaisons médicamenteuses, psychochirurgie, stimulation cérébrale profonde. Or, si les traitements manquent souvent d'efficacité, c'est surtout parce qu'ils ne prennent pas en considération la complexité des mécanismes à l'œuvre dans les TOC, affirment les chercheurs genevois.

«De plus, les thérapies agressives peuvent avoir des effets secondaires lourds tels que l'hypomanie (une activité exagérée précédant une période de dépression), une aggravation des symptômes dépressifs, voire des tentatives de suicide, ajoute Sanaâ Belayachi. Ces méthodes ne s'attaquent pas spécifiquement aux mécanismes générateurs du trouble. Elles balayent large afin d'en taire les symptômes, laissant le patient emmuré dans un silence qui va bien au-delà des pensées et des comportements liés au TOC». ■

PhL



Sanaâ Belayachi,
maître assistante en
psychopathologie.

CI-contre
**Se laver les mains
sans cesse est un
des rituels des TOC.**