Soirmagazine

PROFESSEUR NOURIA BENYAKHLEF, SPÉCIALISTE EN PSYCHIATRIE, EHS DRID-HOCINE, AU *SOIR MAGAZINE*

«Les TOC restent sous-évalués faute d'études épidémiologiques nationales»

Comment reconnaître un TOC ? Quelle est la différence entre TOC et tic ? Comment se soigner de cette maladie ? Et surtout existe-t-il une prise en charge de cette maladie en Algérie ? Il s'agit d'autant de questions liées à ce trouble, certes rare, mais qui touche des Algériens. Dans cette interview, le Pr Nouria Benyakhlef répond à tous ces questionnements .

Par Nadia Salemi

Photos : DR

C'est quoi le toc ?

C'est un trouble obsessionnel compulsif qui est lui-même la traduction du mot anglo-saxon Obsessive Compulsive Disorder. Le toc est caractérisé par la survenue d'obsessions et de compulsions. Dans l'obsession, la pensée est assiégée par des idées absurdes et va tenter de s'en défendre par des actions (les compulsions et les rituels). C'est une maladie qui, comme la plupart des maladies mentales, arrive sans raison. Dans le cas du TOC, la cause est inconnue.

La fréquence est estimée entre 2 et 3% et touche autant les hommes que les femmes.

Le trouble débute entre 10 et 40 ans, généralement avant l'âge de 25 ans, et une proportion importante de troubles survient chez l'enfant.

Dans les formes juvéniles, il peut être associé à des tics. Les formes les plus fréquentes associent des obsessions et des compulsions. Les obsessions isolées restent fréquentes alors que les compulsions isolées sont rares. L'évolution est souvent chronique, émaillée de rechutes. La principale complication est la dépression.

Quelle est la différence entre les toc, les tics et des petites manies ?

Les petites manies sont normales. Toute la population en a, comme vérifier la porte d'entrée quand on part en vacances, ou se laver consciencieusement les mains après avoir utilisé les toilettes publiques. Dans le cas du TOC, il y a un envahissement dans la vie du sujet qui est perturbée dans son quotidien pendant plus d'une heure par jour. Cette durée est un critère reconnu dans le monde entier.

Le trouble obsessionnel compulsif est décrit comme des obsessions ou des compulsions récurrentes suffisamment sévères pour entraîner une perte de temps, ou un sentiment marqué de souffrance ou de handicap. Les personnes qui en souffrent reconnaissent que leurs réactions sont irrationnelles ou disproportionnées.

Une obsession se définit comme une idée qui fait irruption de façon brutale et répétitive dans la pensée d'un sujet, dont le caractère absurde ou déplacé est source d'angoisse et de malaise incontrôlé.

On décrit plusieurs types d'obsessions :

– Les obsessions idéatives : pensées désagréables en vahissant le champ conscient du sujet (idées grossières, sacrilèges…) ;

– les obsessions phobiques : peur obsédante de la maladie ou de la saleté, crainte de la contamination, en dehors de la présence d'un risque réel et en dehors de la présence de situations déclenchantes ;

– les phobies d'impulsion ou obsessions : peur obsédante de réaliser un acte incongru ou irrévérencieux (blesser, précipiter dans le vide, agresser, etc.).

Souvent, pour tenter d'apaiser cette angoisse, le malade est contraint de réaliser une ou plusieurs séries de compulsions, actes délibérés et stéréotypés dont l'objectif est de neutraliser les idées obsédantes. Il peut s'agir de tâches mentales (arithmomanie : calculs mentaux à accomplir de manière répétitive, ruminations) ou comportementales (lavage, vérifications) à accomplir. Elles apaisent très temporairement le sujet qui éprouve bientôt un doute quant à leur caractère salutaire et se sent contraint de remettre en œuvre ses compulsions.

On appelle rituels l'ensemble des comportements répétitifs ou de façon plus restrictive ceux qui n'ont pas de rapport logique avec les obsessions (rituels d'habillage ou de rangement par exemple). Les principales obsessions et compulsions chez l'adulte présentant un TOC sont :

– Pour les obsessions : contamination, doute pathologique, somatique, symétrie, impulsions agressives ou sexuelles ;

– pour les compulsions : vérifications, lavages, dénombrement, interrogations ou confessions incessantes, rangement, comparaisons, etc.

Le plus souvent, le patient présente des obsessions et des compulsions, moins fréquemment des obsessions isolées et rarement des compulsions isolées.

Dans la majorité des cas, les patients présentent plusieurs obsessions et compulsions.

Les signes évocateurs sont les suivants :

– Lenteur avec perte de temps pour des activités de la vie quotidienne ;

– questions incessantes ;

– retards fréquents ;

– maniaqueries ;

– méticulosité extrême.

Quels sont les facteurs déclenchants de ces TOC ?

Certains facteurs semblent jouer un rôle prédisposant et précipitant sans pouvoir réellement dire dans quelle mesure ils représentent d'authentiques facteurs de risque. Le terme de facteur associé est préférable.

• Sexe féminin

La prévalence des troubles anxieux chez les femmes est deux fois plus élevée dans toutes les études. Pour le toc, le sexe ratio est proche de 1.

• Mode de vie

La prévalence des troubles anxieux est plus élevée en milieu urbain qu'en milieu rural. Le fait de vivre seul, d'avoir peu de liens familiaux et sociaux est associé à tous les troubles anxieux et peut être considéré comme un risque de complication dépressive.

• Facteurs héréditaires et familiaux

Le mode d'éducation intervient très certainement, et bien qu'il soit difficile de définir un style parental anxieux, on retrouve souvent des mères surprotectrices, des parents peu chaleureux et rigides réduisant les expériences de socialisation, favorisant la dépendance.

Existe-t-il des cas en Algérie ? Et pouvez-vous nous indiquer les TOC les plus répandus en Algérie ?

Les tocs les plus rencontrés restent ceux relatifs aux rites de lavages, de vérifications, idées obsédantes concernant les maladies (et surtout le sida), les sacrilèges religieux, etc.

Cette maladie est-elle prise en charge en Algérie ? Si c'est le cas, où ? A qui s'adresser pour se soigner ?

Nous traitons ce type de trouble, il reste cependant sous-évalué faute d'études épidémiologiques nationales.

Il est rare que ces patients consultent au début de leur maladie. Le plus souvent, ils atterrissent suite à une décompensation anxio-dépressive, voire dépressive sévère d'épuisement.

Tout psychiatre est habilité à traiter ces patients, cela fait partie de notre pratique habituelle.

Y a-t-il des traitements chimiques pour soigner les TOC ?

La prise en charge repose sur une alliance thérapeutique à un moment donné de l'évolution du trouble. Le traitement est adapté à chaque cas, associant différentes composantes que sont l'information, les prescriptions et le suivi psychothérapique.

Information du patient...

L'information du patient est un temps primordial de la prise en charge afin d'établir à la fois un climat de confiance et un authentique contrat thérapeutique.

Beaucoup de patients ont une représentation médicale de leur trouble, d'où une surconsommation de soins, de consultations médicales spécialisées et d'examens complémentaires. Il n'est pas toujours simple de faire accepter le fait qu'aucune pathologie organique n'est en cause et qu'il existe une participation psychologique aux symptômes.

L'information permet de reconnaître l'origine psychologique du problème et aussi d'aborder les possibilités thérapeutiques et les bénéfices qui peuvent en être obtenus. Dans la plupart de ces troubles anxieux, différents traitements ont fait la preuve de leur efficacité : les psychothérapies, notamment les thérapies cognitivo-comportementales, les antidépresseurs et l'association de ces deux modalités thérapeutiques.

L'efficacité des traitements antidépresseurs par ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) et des thérapies cognitivo-comportementales (TTC) est aujourd'hui clairement établie dans la prise en charge du TOC. Les antidépresseurs capables de moduler la neurotransmission sérotoninergique ont pris une place de premier choix dans l'arsenal thérapeutique actuellement à notre disposition pour lutter contre la symptomatologie obsessionnelle et compulsive.

TCC :

– Exposer le patient aux conditions qui déclenchent les obsessions anxieuses (exposition in vivo) ;

– empêcher toute compulsion (observable ou mentale) ;

– apprendre au patient à faire face à l'anxiété, à apprivoiser les émotions suscitées par les obsessions et à développer son sentiment d'efficacité personnelle face à celles-ci.

Cette technique consiste donc à confronter progressivement le patient aux stimuli anxiogènes (idée ou représentation obsédante) sans recourir à ses rituels qui sont conçus comme les stratégies d'évitement de l'angoisse. ■