



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 16

Psychiatrie générale de l'adulte

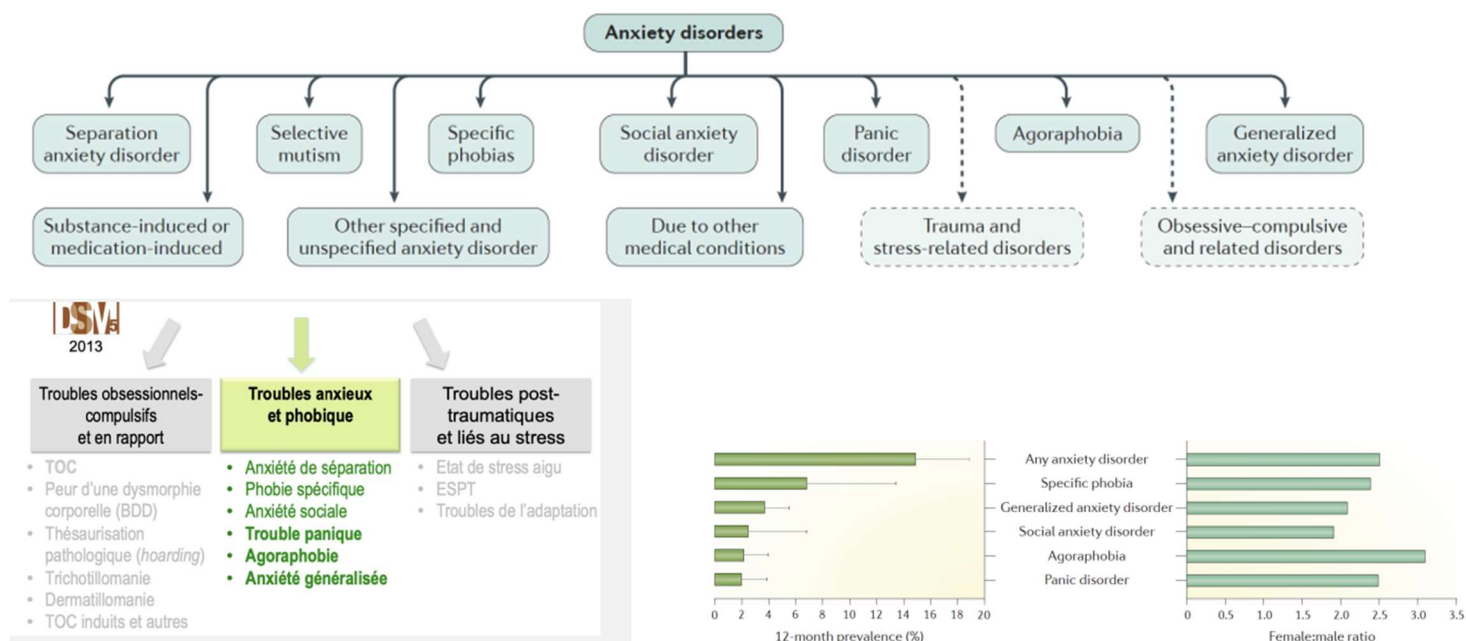
Troubles anxieux et apparentés

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Sourd Dorian à partir du cours de R.ABIDINE présenté le 03/04/2024.

Troubles anxieux et apparentés

I. Introduction



Diagnostics différentiels :

- Alcool ou autres substances
- Caféine
- Hyperthyroïdisme
- Tumeurs médulo-surrénales (pheochromocytome)
- Maladies cardiaques
- Prolapsus de la valve mitrale
- Maladies respiratoires (asthme chronique ou maladie pulmonaire obstructive)
- Epilepsie

Neurobiologie : la principale zone touchée est l'hippocampe (important dans la fonction du comportement)

II. Trouble anxieux généralisé (TAG)

a. Généralités

Le trouble anxieux chronique est marqué par des inquiétudes permanentes pour différents risques de la vie quotidienne ou d'autres événements grave pouvant survenir. Il existe des difficultés à contrôler les préoccupations et il y a une existence de signes de tensions physique et psychique associés :

- Hyper-vigilance, sursauts, irritabilité, nervosité
- Signes neuro-végétatifs
- Troubles de l'attention et de la concentration
- Trouble de l'endormissement

Il faut que les troubles durent pendant au moins 6 mois, et au moins la moitié du temps et qu'il y ait une gêne et une détresse significatives.

Le TAG a un début progressif entre 30 et 50 ans avec un tempérament anxieux. Les thématiques sont y type de préoccupation : santé, accidents, travail, argent (soi ou autrui)

Plusieurs présentations cliniques possibles :

- Troubles du sommeil (+++)
- Plaintes non psychiatriques (+++): Digestives, Cardiologiques, neurologiques, douleur

- Stress professionnel, épuisement professionnel
- Retentissement relationnel (conflits, anxiété transmise)
- Complications/évolution=> épisode dépressif caractérisé (EDC), Trouble Usage des Substance (TUS).

b. Diagnostics différentiels

- Episode Dépressif Caractérisé (EDC) : tristesse, ralentissements psychomoteurs, idées suicidaires
- Troubles Obsessionnels Compulsifs (TOC) : notion de responsabilités/événements
- Trouble panique : attaques de Paniques (AP) spontanées, anxiété centrée sur les attaques de paniques
- Autres troubles anxieux
- Trouble de l'adaptation : un seul sujet, événement réel
- Non psychiatrique : Hyperthyroïdie, TdR cardiaque etc...

c. Evaluation psychométrique

Auto-évaluation :

- HAD (anxiété et dépression) 14 items
- GAD-7 (photo ci-jointe)
- Beck-anxiété
- Tendance à l'inquiétude (Penn State)

Hétéro-évaluation :

- Tyrer (BAS) 10 items
- Hamilton-anxiété (HARS) 14 items

d. Epidémiologie

Prévalences

- Population générale : TAG en cours 1 à 3% / TAG sur la vie 3-5%
- Médecine générale : 5-10%
- Psychiatrie : 30 %
- Femmes x 2 plus fréquent après 35 ans

Évolution :

- Début milieu de vie en général
- Évolution longue chez les patients consultant (20 ans en moyenne)
- Rémissions rares (25% sur 2 ans) mais fluctuations de sévérité

Epidémiologie :

Comorbidité :

- 60-80% d'antécédents psychiatriques (toutes catégories)
- 40-60% d'épisode dépressif associées (usure, facteurs communs)

Retentissement objectivable :

- Retentissement professionnel supérieur à HTA, diabète, asthme
- Surtout sévère si comorbidité

e. Physiopathologie

Tempérament prédisposant, facteurs cognitifs, stress :

- 0 : jamais
- 1 : plusieurs jours
- 2 : plus de la moitié du temps
- 3 : presque tous les jours

Au cours des 2 dernières semaines
Selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?
(Veuillez entourer votre réponse)

1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes	0	1	2	3
3. Une inquiétude excessive à propos de différentes choses	0	1	2	3
4. Des difficultés à se détendre	0	1	2	3
5. Une agitation telle qu'il est difficile à tenir en place	0	1	2	3
6. Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire	0	1	2	3

- Hypersensibilité émotionnelle, anxiété de séparation, intolérance à l'incertitude, événements stressants échappant au contrôle

Facteurs physiologiques :

- Hyperactivité du système nerveux autonome, perte de flexibilité
- Perturbation de la balance cortico-amygdalienne
- Dysfonctionnements GABA, 5-HT, NA

f. Prise en charge

MESURES NON SPÉCIFIQUES	PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES	PHARMACOTHÉRAPIE
<ul style="list-style-type: none"> • Information s/trouble • Thérapie de soutien • Hygiène de vie • Relaxation • Activité physique • Activités sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • TCC • Mindfulness based stress reduction (MBSR) • Thérapies psychodynamiques 	<ul style="list-style-type: none"> • Antidépresseurs • BZD • Hydroxyzine • Buspirone • Anticonvulsivants (prégabaline) • Quétiapine (formes résistantes)

Un algorithme de prise en charge existe pour le TAG (*ne pas l'apprendre*).

g. Pharmacologie

Antidépresseurs :

- AMM : paroxétine (20-40mg/j), venlafaxine (75-225mg/j), escitalopram (10-20mg/j), duloxétine (60mg/j)
- Délai de réponse : 4-6 semaine, durée > 3 mois
- Indication dans les formes chroniques avec retentissement.

Benzodiazépines :

- Épisode d'acutisation transitoire, insomnie, tension physique
- Durée < 4 semaines, doses les + faibles
- Effets rapides mais risques de sédations, dysmnésies, dépendance, sevrage

Résistance :

- Prégabaline 150-600mg/j
- Quétiapine 50-300mg/j

h. Thérapie Cognitivo-Comportementale (TCC)

Apprentissage et pratique de la relaxation, restructuration cognitive : Discussion des schémas d'incertitude et de l'utilité des inquiétudes. Dans la TCC, on peut réaliser des expositions mentales aux scénarios catastrophes.

III. Trouble panique

a. Généralités

Trouble anxieux chronique marqué par la répétition d'attaques de panique et par crainte de la survenue de nouvelles crises d'angoisse.

Critères DSM-5 :

- Attaques de panique récurrentes et inattendues
- Suivies de la crainte persistante pendant au moins un mois :
 - D'avoir une attaque de panique
 - De préoccupations quant aux implications possibles ou aux conséquences de ces attaques de panique
 - Ou d'un changement significatif de comportement en relation avec ses attaques

b. Attaque de panique

C'est une angoisse paroxystique. Le début est soudain et rapide (maximum en moins de 10 minutes). C'est une peur + signes physiques + signes psychiques. Il y a une impression d'emballlement et de perte de contrôle (auto-renforcement). La durée est de 15-30 minutes en moyenne.

c. Facteurs déclenchants des attaques de panique

- Stress aigu, sans trouble, sans trouble associé
- Stress aigu dans un contexte d'un trouble pré-existant :
 - o Trouble phobique (confrontation)
 - o Autre trouble anxieux, TOC, TSPT
 - o EDC
- Prise de toxique ou un évènement non psychiatrique
- Sans aucun facteur retrouvé : spontanée, inopinée, imprévisible (=> trouble panique)

d. Formes cliniques des attaques de panique

- Nocturnes (interrompant le sommeil)
- Très sévères : forte déréalisation, dépersonnalisation (perte de contrôle réelle mais transitoire)
- Pauci-symptomatique (1 à 3 symptômes)
- Spontanée vs déclenchées

e. Diagnostic différentiel

Psychiatrique :

- Anxiété non paroxystique (EDC, autres troubles anxieux, TUS etc...)
- Agitation « caractérielle », contexte relationnel, frustration, colère
- Angoisse psychotique

Non psychiatrique :

- Pathologie cardio-vasculaires, migraines, épilepsie, syndrome du côlon irritable, pathologies de l'oreille inter, phéochromocytome, hyperthyroïdie...
- Intoxications ou sevrages THC, psychostimulants, alcool...

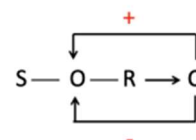
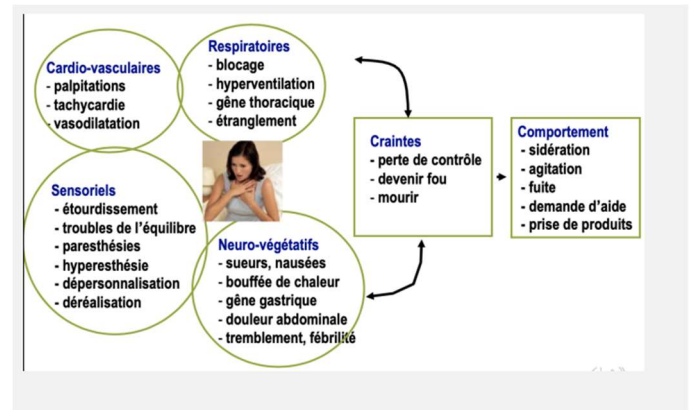
f. Attaque de panique vers l'agoraphobie

La 1^{ère} attaque de panique inopinée est traumatisante pour le patient. Avec une répétition des attaques de panique, il peut y avoir de l'anxiété anticipatoire et une identification et évitement progressif des lieux et situation à risque :

- Circonstance oppressantes (chaleurs, foule, lieux clos...)
- Danger en cas de malaise (isolement, éloignement)
- Emotions fortes (conditionnement interoreceptifs)

Agoraphobie = Peur intense et durable des situations dont on ne peut pas sortir facilement, ou dans lesquelles il est difficile d'obtenir de l'aide, en cas de problème ou de malaise.

L'organisme agit sur l'environnement et les conséquences de son action le conduisent à modifier son comportement.



S : stimulus discriminatif (situation dans laquelle le comportement apparaît)
O : organisme
R : réponse
C : conséquence positive / négative

IV. Trouble phobique

a. Agoraphobie : DSM-5

- A. Peur ou Anxiété marquées pour au moins 2 des 5 situations suivantes :
 - Utiliser les transports en commun (voiture, bus, trains ...)
 - Être dans des endroits ouverts (parking, marchés, ponts etc...)
 - Être dans des endroits clos
 - Être dans une foule
 - Être seul à l'extérieur du domicile
- B. Crainte ou évitement des situations car difficultés ressenties d'échappement ou de trouver du secours en cas d'attaque de panique (ou autres incapacitants (ex: peur de tomber)
- C. Peur ou anxiété presque systématique
- D. Evitement ou accompagnement ou peur intense
- E. Peur disproportionnée par rapport au danger et à la culture
- F. Durée > 6mois

b. Conduites contra-phobiques

Un accompagnement soutenu est nécessaire. Téléphone portable, Bouteille d'eau, sucres etc., Alcool, médicaments

c. Evolution du trouble panique

La 1^{ère} attaque de panique est imprévisible (mais contexte souvent de stress, événement de vie, éloignement...). La répétition d'AP spontanées, anxiété anticipatoire croissante crée un conditionnement agoraphobique, évitements. Avec l'augmentation des attaques paniques (anxiété anticipatoire et agoraphobie), il y a une diminution des AP spontanées. La résolution est possible en quelques mois ou années, mais il peut y avoir des récurrences par épisodes. Avec la réduction des attaques de paniques, il y a une accentuation de l'agoraphobie. Les complications sont la dépression et l'addiction (BZD, alcool).

d. Evolution

Le schéma le plus classique est l'apparition d'attaque de panique causant et se remplaçant progressivement par une agoraphobie.

Il est aussi possible de rencontrer des sujets avec une arrivée de l'agoraphobie avant les attaques de panique.

e. Epidémiologie

Le trouble panique débute vers 20-30ans et touche 2- à femmes pour 1 homme. Les prévalences à 12 mois : sont de 1 à 2% de trouble panique et 2 à 3% de l'agoraphobie.

La durée moyenne de ces troubles est de 10-15ans en continu ou par épisodes.

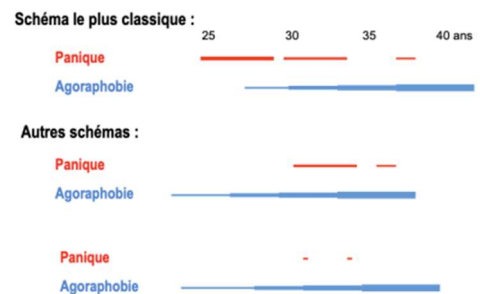
Comorbidité :

- Dépression, risque suicidaire
- Alcoolisme, dépendance benzodiazépines
- Surmortalité cardio-vasculaire à long terme

Retentissement :

- 4^{ème} pathologie mentale handicapante, qualité de vie altérée
- Risque suicidaire accru
- Consommation de soins

f. Physiopathologie des troubles paniques



Les mécanismes impliqués sont l'hyperventilation, le conditionnement (en psychologie le conditionnement c'est un auto-renforcement d'un comportement provoqué par un stimulus) et le renforcement (en psychologie, le renforcement est la procédure d'apprentissage qui fait qu'un comportement devient plus vigoureux) et les bénéfices secondaires.

Les hypothèses étiologies interrogent le dérèglement de capteurs respiratoires (alarmes de suffocation) au niveau du tronc cérébral ainsi que de possibles anomalies des systèmes sérotoninergiques, noradrénergiques et GABA.

Dans ce trouble, on remarque une augmentation du volume du tronc cérébral avec des atteintes du Cortex Cingulaire Antérieur (CCA) en IRM fonctionnelle (via une épreuve des visages) -> quid régulation des émotions

Il y a également une activation des pôles temporaux, de l'insula, du CCA et du thalamus lors d'attaque de panique provoquées par la cholécystokine (CCK-4).

g. Traitement

1) Savoir-être

Information, éducation et soutien sont indispensables au traitement.

2) Thérapie Cognitivo-comportementale

La TCC est toujours indiquée, surtout pour l'agoraphobie.

Les cibles de la TCC sont :

- Tension anxieuse, perte de contrôle : Relaxation, contrôle respiratoire
- Peurs conditionnées :
 - o Suppression des évitements
 - o Désensibilisation de la peur
- Schémas de vulnérabilité :
 - o Psycho-éducation
 - o Exploration et modification des croyances et scénarios catastrophes

Relaxation :

Entraînement au repos 15-20 minutes par jours en position assise ou allongée avec les yeux clos. Il faut adopter une respiration lente (8-10 cycles/minutes), peu profondes, avec un contrôle abdominal. La relaxation permet de mettre à distance les pensées anxiogènes. Il est conseillé de prendre conscience des points d'appui, du relâchement musculaire progressif (membre par membre). L'ouverture des yeux et la reprise se font de manière progressive sur une minute.

Exposition *in vivo* :

L'exposition *in vivo* consiste à mettre le sujet face aux évènements anxiogènes en augmentant petit à petit l'intensité du caractère anxiogène :

- Quai du métro, puis une station, puis deux, puis trois puis foule etc...
- Court trajet en voiture, puis long, puis trafic etc...
- Etc..

On y associe une surveillance des micro-évitements (téléphone, OH, TTT etc...)

Exposition intéroceptive (exposition aux symptômes) :

- Palpitations : Efforts physiques (escaliers, footing etc...)
- Étouffement, douleur thoracique : Apnée, hyperventilation, paille etc...
- Sensation vertigineuse/ perte d'équilibre : Rotation de la tête et du corps
- Flous visuel, déréalisation : Regard forcé droit et gauche, écrans scintillants

Pharmacothérapie :

La pharmacothérapie est mise en place si les attaques de panique sont nombreuses et intenses, s'il y a un EDC associé et si la TCC n'a pas été fructueuse.

La cible+++ sont attaques de paniques.

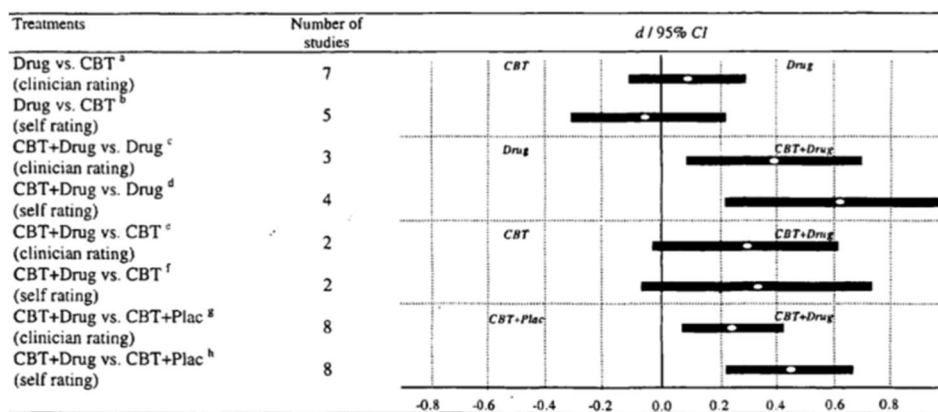
Les médicaments couramment utilisés (avec une AMM) sont

- Escitalopram
- Paroxétine
- Venlafaxine
- clomipramine

La posologie est identique pour un EDC, avec un début progressif+++

Une évaluation est réalisé à 2-3 mois (Attaques de paniques, anticipation, humeur, évitement). La durée du traitement est de 6-12 mois/ et l'arrêt se fait par une diminution progressive.

Les traitements sont maintenus en cas de rechute. Les benzodiazépines sont indiquées en début de traitement ou en réponse aux attaques de panique sévères mais d'une durée brèves.



Ce tableau est une méta-analyse qui compare les effets des 2 traitements utilisés pour le trouble panique : CBT (TCC en anglais) et les drugs (médicaments). Sur la toute première ligne on voit qu'il n'y a pas de différences significatives entre une utilisation unique de TCC ou de médicament. En revanche, on remarque qu'il y a une efficacité statistiquement significative entre une utilisation combinée d'une part de TCC et de médicament et d'autre part une utilisation unique de TCC ou de médicament.

V. Trouble Obsessionnel Compulsif

a. Définition

Le TOC est un trouble chronique marqué par des intrusions mentales répétitives non délirantes et/ou des contraintes mentales et comportementales que le sujet s'impose en excès pour prévenir un dommage pressenti ou réduire une tension interne. Il existe plusieurs formes de TOC.

Les principaux symptômes sont les obsessions et les compulsions. Il peut aussi y avoir de l'anxiété et de la lutte anxieuse, un évitement et d'autres symptômes associés.

b. Les obsessions

1) Définition

Une obsession est une intrusion et une récurrence dans la pensée d'une « représentation » (idée, question, image, pulsion, anticipation) pénible voire insupportable. Le mécanisme mis en jeu est la fonction d'alerte par rapport à un dommage dont le sujet pourrait être responsable par insuffisance de contrôle. Le sujet a conscience de l'origine interne des obsessions et de leur caractère excessif voire absurde. Il fait des efforts pour les supprimer, réprimer ou annuler les pensées.

Thèmes principaux : risques d'accidents, de malheur, de mort, d'erreur, de maladie, de transgression, de culpabilité etc... Ces thèmes étant provoqués par sa responsabilité.

2) Les types d'obsessions

L'obsession idéative : Doute et questionnement envahissants sur une possible erreur ou faute personnelle pouvant générer un dommage grave : accident, malheur, mort etc...

L'obsession phobique : Perception récurrente d'une source de souillure ou de contamination à laquelle le sujet craint de se confronter : intolérance au contact.

Obsession impulsives (phobie d'impulsion) : Crainte irrépressible d'une pulsion soudaine, incontrôlable et dangereuse : auto-hétéro agressivité.

3) Ne pas confondre obsession avec...

Inquiétudes et ruminations (TAG, dépression etc...) : Ruminations consiste à rechercher des solutions, à espérer que les malheurs n'arrivent pas, sans s'en sentir responsable

Peur phobique (phobies spécifiques) : Dans une phobie, la situation ou l'objet est redouté pour sa dangerosité intrinsèque, pas pour le risque généré par son propre comportement

Pensée imposée, hallucination (troubles psychotiques) : Pensée ou perception vécue comme indépendante de soi

Craving : Pulsions à consommer sous-tendue par une attente de plaisir ou de récompense

Compulsion mentale : c'est une pensée contrôlée intentionnel

c. Les compulsions

1) Définition

Les compulsions sont des actes répétitifs et excessifs (comportemental ou mental) exécutés sous contrainte pour soulager une angoisse liée à une idée obsédante, avec l'objectif un dommage. Le sujet a conscience de l'origine interne du trouble. Il y a souvent des règles inflexibles (ritualisation) et les thématiques sont parfois symboliques ou irrationnelles (pensées magiques). Les compulsions sont parfois sans obsession identifiable (surtout compulsions de rangement et de positionnement) mais elles sont contrôlables, avec effort de résistance variables (liés à l'insight et à l'égodystonie).

2) Les types de compulsions

Extériorisées :

- Vérifications, retour en arrière, lenteur
- Lavages, toilettes, ménage
- Rangement, positions, symétrie
- Tout acte à réaliser « de la bonne manière »
- Collectionnisme

Intériorisées :

- Vérifications mentales, remémoration
- Comptage (arithmomanie)
- Conjurations, rituels mentaux
- Annulations de mauvaises pensées, contrôles des pensées

3) Ne pas confondre les compulsions avec...

Impulsions : Actes soudain non préparé visant à la satisfaction d'un désir ou lié à une émotion de colère ou de surprise

Automutilations récurrentes : Actes violents auto-agressifs secondaires à une émotion de colère ou visant en général à soulager une douleur psychique (BDL)

Stéréotypies et actes imposés : Absence de mentalisation, recherche d'auto-soulagement (autisme), automatisme mental

Tics et mouvement anormaux : Actes simples ou complexes répétitifs dénués de but et d'élaboration psychique

d. Dimensions

Dimension	Obsessions	Compulsions
Contamination symptoms	Concerns about dirt and germs, among others	Washing, showering or cleaning
Harm-related symptoms	Concerns about harm	Checking
Unacceptability symptoms	Intrusive aggressive, sexual or religious thoughts	Mental rituals or praying
Symmetry symptoms	Symmetry concerns	Ordering, straightening, repeating or counting
Hoarding symptoms	Hoarding concerns	Hoarding behaviours

e. Anxiété et TOC

Le schéma classique est le suivant : Obsession → Anxiété → Compulsion. S'ajoute à cela une lutte anxieuse contre les obsessions et les compulsions.

Mais, il y a souvent une automatisation des compulsions sans forte anxiété ressentie. L'anxiété (ou détresse, colère) peut apparaître en cas d'impossibilité d'effectuer les compulsions et elle peut également être associée aux compulsions (peur de mal faire, hyper contrôle de soi). Il existe aussi des débordements anxieux si l'envahissement et le sentiment d'impuissance sont majeurs (on parle de « crise de TOC »).

f. Evitements

Les évitements peuvent être comportementaux ou cognitifs. C'est une mise à distance des sources d'obsessions comme le contact avec des objets ou personnes « contaminants », les sources d'erreur possible (conduit automobile, actes manuels, expression orale tec..), les objets ou lieux « dangereux » (phobies d'impulsion) ou encore les « mauvaises pensées » ou pensées interdites (portant malheur).

Ces évitements sont de niveau variable selon le type d'obsession et le contexte et peuvent être la source principale de détresse et de handicap.

g. Symptômes associés aux TOC

Des symptômes dépressifs peuvent être associés (avec ou sans EDC) : Démoralisation, épuisement psychique, désespoir, sentiment d'impuissance, idées suicidaires.

On peut aussi avoir des insomnies ou des troubles du sommeil : Obsessions à l'endormissement, agitation nocturne, réduction du temps de sommeil, réduction du temps de sommeil à cause des compulsions.

Il peut aussi y avoir une honte, une culpabilité ou encore de l'asthénie, de l'épuisement physique, des somatisations.

Enfin, selon la vulnérabilité il peut y avoir des conduites addictives secondaires.

h. Diagnostic et évolution

Diagnostic positif :

- Symptômes durables (au moins quelques mois)
- Significatifs : souffrance ressentie, gêne fonctionnelle
- Quotidiens : au moins une heure par jour (temps perdu, parasitage)

Diagnostiques différentiels :

- EDC avec symptômes obsessionnels (pendant l'épisode)
- Schizophrénie, troubles autistiques
- TICS, mouvements anormaux
- Thésaurisation pathologique
- TCA
- Trouble de la personnalité obsessionnelle

i. Critères

DSM-5	CIM-10
<ul style="list-style-type: none">• A. Obsessions et/ou compulsions• B perte de temps+++ , détresse ou altération du fonctionnement• C Non lié à une substance ou une affection non psychiatrique• D. pas mieux expliqué par un autre trouble mental• Spécifier:<ul style="list-style-type: none">• Conscience du trouble• TICS actuels ou passés associés	<ul style="list-style-type: none">• Obsessions et/ou compulsions• Tous les jours, >2 semaines• Détresse et interférences• Essai de résistance• Absence de plaisir lié aux obs. et comp. Pensées et ruminations au 1 ^{er} plan Compulsion au 1 ^{er} plan Mixte

1) Obsessions (à connaître)

Pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inopportunes, et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante chez la plupart des sujets.

Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées ou actions (cad en faisant une compulsion).

2) Compulsions (à connaître)

Comportements répétitifs (par exemple de laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes mentaux (prier, compter, répéter des mots en silence) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible

Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutée.

NB : les jeunes enfants peuvent ne pas être en mesure de formuler les buts de ces comportements ou des actes mentaux.

j. La personnalité obsessionnelle-compulsive (anankastique)

Un sujet avec un type de personnalité obsessionnelle-compulsive sera préoccupé par l'ordre, le perfectionnisme, et le contrôle mental et interpersonnel, aux dépens d'une souplesse, d'une ouverture et de l'efficacité.

Il faut au moins 4 signes suivants pour poser le diagnostic :

- 1) Souci des détails, règles, inventaires, plans au point que le but principal de l'activité est perdu de vue
- 2) Perfectionnisme handicapant
- 3) Dévotion excessive pour le travail et la productivité aux dépens des loisirs ou de l'amitiés
- 4) Scrupules et rigidité morale excessive
- 5) Incapacité à jeter
- 6) Réticence à déléguer et à travailler avec autrui (à moins qu'ils utilisent les mêmes méthodes)
- 7) Tendance à économiser à l'excès
- 8) Rigidité et entêtement => égocentrie, pas d'obsession ni compulsion franche, stabilité

k. Formes cliniques et diagnostic étiopathogénique

Dans les TOC, il y a un mécanisme de pensée magique : Ce sont des provocation des événements par la pensée. Il y a une obsession de malheur, une confusion des pensée et des risques. Les pensées magiques sont fréquentes chez l'enfant.

Dans les TOC, le niveau d'insight est variable, avec des formes quasi-délicantes. Il peut y avoir une association à des syndromes de Gilles de la Tourette et des associations à des TUS. Les formes sont mono-symptomatiques.

Les causes sont neurobiologiques :

- Encéphalopathies des ganglions de la base (encéphalites, épilepsies, AVC, TC)
- Épilepsies temporales
- Auto-immunes (PANDAS)
- Iatrogènes (Clozapine)

Les TOC peuvent avoir apparaître après un événement traumatique.

Il y a souvent des facteurs de personnalité associés (Personnalité Obsessionnelle-Compulsive (POC), schizotypie etc...).

I. Evolution, épidémiologie et co-morbidités

Peu d'études ont été réalisées en population générale. Ce trouble est historiquement rare est 0.05% de la population générale atteinte.

Les études les plus récentes : montrent que

- Adultes : S/6 mois= 1-2%
- Vie entière= 2-3%
- Enfants : 2-3%
- Sex ratio : 1/1 (vérification H>F, lavage F>H)
- Début deux pics :
 - o 10ans (H>F)
 - o 20 ans (F>H)
 - o Un début tardif reste possible

Les comorbidités :

- EDC/ troubles bipolaire (peut débuter avant ou après le TOC)
- Autres troubles anxieux (début avant le TOC)
- TCA
- Schizophrénie
- Troubles de la personnalité
- Cluster C (évitante : 50%, POC : 15%)
- État-limite (15%)

m. TOC et trouble de l'humeur

Il y a une comorbidité étonnante entre TOC et bipolarité de l'humeur. Existerait-il 2 sous-types de TOCs par conséquent ? On établirait donc :

- TOC de type I : TOC « pur », pas de cyclothymie
- TOC de type II : TOC + cyclothymie avec risque de bipolarité

• 7 %	trouble dépressif
• 17%	Tentatives de Suicide
• 42%	Attaques de colère
• 11%	Trouble Bipolaire II
• 30%	Hypomanie (C.L. Angst)
• 50%	Cyclothymie (Q. Hantouche-Akiskal)
• 38%	Virage maniaque sous IRS

n. Retentissement « fardeau »

Les TOC causent :

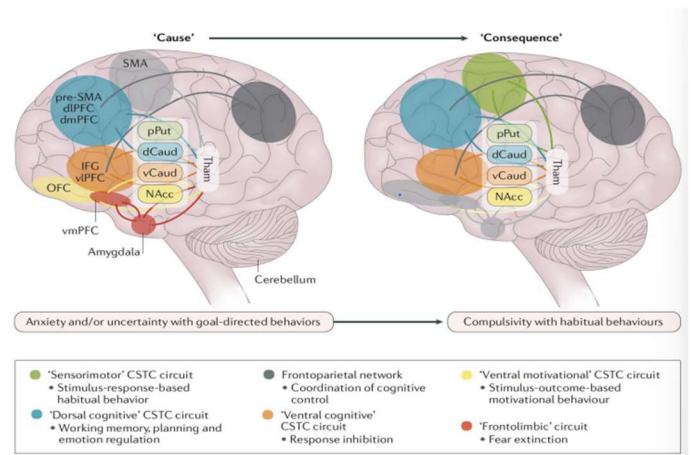
- Une douleur morale continue (angoisse, honte, culpabilité, désespoir)
- Un handicap fonctionnel (évitements, perte de temps, troubles cognitifs, fatigabilité)
- Un impact familial (évitements, implications des proches dans les rituels, incompréhension, conflits)
- Une consommation diverse (eau, produits ménagers et d'hygiène, etc...)
- Des complications non psychiatriques (dermato etc..)
- EDC et conduites suicidaires

o. Physiopathologie et corrélats neurobiologiques (*diapo passée*)

La physiopathologie correspond à des systèmes neuro-déterminés, partiellement indépendants du contrôle volontaire : Alerte cognitive (risque d'erreur ou de contamination) et routines comportementales de protection.

Il y a une exagération et un échappement liés à des facteurs biologiques et/ou psychogènes. On retrouve ensuite un auto-renforcement comportemental (soulagement par les compulsions ou les évitements).

Il y a un sur-risque familial et génétique (modéré). Les TOC sont dues à des anomalies sérotoninergiques, dopaminergiques et glutamatergiques (voie CSTC). Les déficits neuropsychologiques sont divers mais peu spécifiques.



A la neuro-imagerie on retrouve une hyperactivité d'un réseau fronto-striatal impliquant :

- Cortex orbito-frontal
- CCA
- Thalamus
- Nyx Caudés et les ganglions de la base

p. Description clinique

Symptômes :

- Obsessions et compulsions principales
- Compréhension et contrôle
- Anxiété
- Humeur

Gravité, urgence :

- Douleur morale
- Impact fonctionnel (temps, évitement)
- Retentissement relationnel
- Humeur et idées suicidaires
- TUS
- Résistance aux TTT

q. Evaluation psychométrique

Hétéro-évaluation :

- Y-BOCS (Yale-Brown Obsessive-compulsive disorder scale)
- CGI (Clinical Global Impression)
- BABS (Brown Assessment of Beliefs Scale) : insight / croyance

Auto-évaluation :

- Questionnaire de Padoue (60 questions)
- OCI-R (18 questions)

Symptômes associés :

- HAD : anxiété/ dépression (Auto)
- MADRS : dépression (hétéro)

Y-bocs :

Tutorat Les Nuits Blanches

Check-list=> 3 symptômes principaux (obsessions, compulsions, évitements)

Cotation obsessions 0-20 et compulsions 0-20

- 5 items de 0 à 4:
 - o 1. Temps passé
 - o 2. Retentissement
 - o 3. Anxiété
 - o 4. Absence de volonté de résistance
 - o 5. Absence de contrôle effectif

Total 0 à 40 :

- 0 à 7 : infra-clinique
- 8 à 15 : TOC léger
- 16 à 23 : TOC moyen
- 24 à 31 : TOC sévère
- 32 à 40 : TOC très sévère

r. Prise en charge

Il est nécessaire de faire un diagnostic d'évaluation : TOC et comorbidité. On informe, éduque et soutien. On applique ensuite des traitements médicamenteux et une psychothérapie.

s. Pharmacothérapie et thérapie cognitive et fonctionnelle

On recherche des ATDs de prise d'antidépresseurs IRS ou IRSNa et de voir leurs effets globaux sur la pathologie. Un TTT de fond à long terme est indiqué.

La réponse est souvent partielle, et elle est à associer à l'éducation thérapeutique et la psychothérapie.

AMM :

- IRS :
 - o Fluoxétine 20mg/j (=> 60mg)
 - o Escitalopram 10mg/j (=> 20mg)
 - o Sertraline 50mg/j (=> 200mg)
 - o Paroxétine 40mg (=>60mg)
 - o Fluvoxamine 100-300mg
- ATC (antidépresseurs tricycliques) :
 - o Clomipramine 75-150mg (=> 250mg)

	Number of trials (n=54)*	Number of patients (n=6652)*	Mean YBOCS difference
			Full network (n=54)
SSRIs (class effect)	37	3158	-3.49 (-5.12 to -1.81)
Fluoxetine	6	633	-3.46 (-5.27 to -1.58)
Fluvoxamine	13	521	-3.60 (-5.29 to -1.95)
Paroxetine	8	902	-3.42 (-5.10 to -1.61)
Sertraline	7	565	-3.50 (-5.30 to -1.63)
Citalopram	2	311	-3.49 (-5.62 to -1.31)
Escitalopram	1	226	-3.48 (-5.61 to -1.23)
Venlafaxine	2	98	-3.22 (-8.26 to 1.88)
Clomipramine	13	831	-4.72 (-6.85 to -2.60)

Concernant la thérapie cognitive et fonctionnelle, on commence d'abord par une analyse fonctionnelle: SECCA (Situation, Emotion, Comportement, Cognition, Anticipation).

Les principales techniques sont :

- Psycho-éducation
- Restructuration cognitive
- Exposition avec prévention de la réponse ritualisé (EPR)
- Flooding (exposition maximale en imagination)

Conditions :

- Demande du patients (demande de changement)
- Bonne alliance thérapeutique et compréhension de la démarche
- Séances rapprochées et exercices réguliers
- Implications de proches

- 3 à 6 mois

La restructuration cognitive passe par une identification des idées surévaluées sous tendant l'anxiété et les comportements (connaissances techniques, risques réels, probabilité, pensée magique etc...). On réalise ensuite une analyse « froide » (hors anxiété) de ces idées pour rendre possible l'exposition sans rituel et la généralisation de l'effet. L'exposition permet de tester la croyance. On peut passer par un calcul de probabilité avec l'exemple ci-contre d'un patient qui se sent convaincu de mettre le feu à son immeuble s'il ne vérifie pas l'extinction de sa cigarette dans le cendrier.

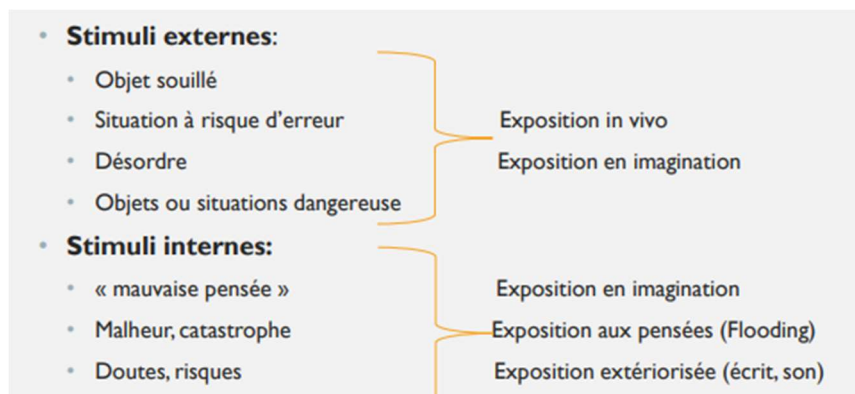
Séquences	Probabilité de survenue de l'événement	Probabilité cumulée
Je n'ai pas éteint ma cigarette	1/10	1/10
Un peu de cendre tombe sur le tapis	1/10	1/100
Le feu se répand et le tapis va prendre feu	1/10	1/1000
Je ne me rends pas compte que le feu se propage	1/100	1/100 000
Je ne peux plus rien faire, la maison brûle	1/100	1/10 000 000

Les techniques cognitives passent quant à elle par l'identification des croyances et des schémas (Flèche descendante : « admettons que ceci soit vrai, qu'est-ce que cela signifie ? Que peut-il se passer de plus grave après ? Etc...»). Il y a remise en cause des croyances par l'examen de l'évidence (arguments, autres interprétations, décentration, modeling) et le recueil d'avis extérieurs, calculs de probabilité. Cela permet ensuite l'établissement d'un scénario rationnel, logique et probable. L'intériorisation du scénario rationnel se fait par exposition graduée (in vivo ou en imagination).

Croyances erronées ou surévaluées :

- Si je m'approche de personnes sales je vais être contaminé
- Si je ne fais pas le ménage tous les jours, ma maison va être sale
- Si je n'ai pas vérifié l'extinction des lumières, il y a un risque d'incendie
- Si de l'eau coule au robinet, il y a un risque d'inondation
- Si je m'approche d'une fenêtre, je pourrais me précipiter dans le vide
- Si je vois des enfants, je pourrais les agresser
- Si je pense au décès de mes parents, il pourrait leur arriver quelque chose de grave
- Si je pense au chiffre 13, il va m'arriver un malheur
- Si je ne contrôle pas les choses tout de suite, je vais forcément être encore plus mal après

Exposition aux obsessions :



Diapos concernant l'EPR passées

Stimulation cérébrale profonde :

La justification de l'utilisation de cette thérapeutique se fait sur des modèles neurobiologiques, en cas de psychochirurgie lésionnelle et elle montre des effets dans la maladie de Parkinson. Cette technique consiste à introduire des électrodes à demeure (stéréotaxie) et à réaliser des stimulations électriques continues et le réglage se fait en externe. Les cibles sont les noyaux sous-thalamiques, le striatum ventral, les noyaux caudés et la capsule interne (donc les noyaux gris centraux). Selon une étude de Mallet et al en 2008, les résultats (pour les patients multi-résistants) montrent une amélioration clinique de 12 patients sur 16.