

# Lorsqu'une petite manie devient une vraie maladie : le TOC

R. Zumbrennen

Le Trouble obsessionnel compulsif (TOC) a été longtemps sous-estimé. Les patients avaient honte de parler de leurs *manies*, ou ne les considéraient pas comme des signes d'une maladie. Les médecins n'avaient pas de critères diagnostiques précis et ne disposaient pas de traitements efficaces. Depuis une dizaine d'années tout cela est en train de changer. Le diagnostic psychiatrique a progressé ; le TOC a fait son apparition dans les médias et les patients n'ont plus peur d'en parler ; enfin, des traitements efficaces sont apparus. De ce fait, la maladie est traitée plus tôt, ce qui améliore le pronostic. Le TOC est un trouble complexe et déroutant par son mélange de rigueur implacable et de comportements complètement irrationnels. Il envahit de manière plus ou moins importante la vie du patient et de son entourage, et peut devenir invalidant.

## Diagnostic

Le TOC est caractérisé par la présence d'obsessions et de compulsions. L'obsession est une pensée déplaisante et anxiogène s'imposant à l'esprit du sujet de manière répétitive : « Je ne suis pas sûr d'avoir éteint la cuisinière, cela pourrait provoquer un incendie » ou « J'ai touché la main de cette personne qui avait une petite plaie, j'ai peut-être attrapé le sida ». La compulsion (ou rituel) est une action effectuée volontairement pour neutraliser l'anxiété provoquée par l'obsession : « Je remonte chez moi pour vérifier que la cuisinière est éteinte » ou « Je me lave les mains ». Le rituel peut être mental, par exemple une récapitulation ayant valeur de vérification. Le caractère excessif ou irrationnel des craintes est généralement reconnu par le patient. Celui-ci a un sens excessif de sa responsabilité dans la survenue du malheur, qu'il cherche à conjurer par l'accomplissement du rituel. Le DSM-IV exige une durée d'au moins une heure par jour d'obsessions-compulsions. Ce critère est arbitraire mais il permet de distinguer le « vrai » TOC, qui

occupe souvent plusieurs heures par jour et nécessite vraiment un traitement, du TOC infra-clinique. Il existe toujours des obsessions dans le TOC, et il est exceptionnel qu'elles ne soient pas accompagnées de compulsions.

## Thèmes obsédants et types de rituels

Les craintes obsédantes les plus fréquentes sont : la saleté et la contamination (en premier lieu actuellement par le VIH) ; l'erreur et l'imperfection ; la violence et la perte de contrôle (crime, accident « involontaire », geste ou parole inconvenante). Les lavages (des mains surtout) et les vérifications (portes, électricité, ordre) sont les rituels les plus répandus. La lenteur obsessionnelle est une forme particulière de TOC constituée de microrituels comportementaux et mentaux infiltrant les moindres gestes de la vie quotidienne.

## Epidémiologie

Le TOC peut débuter à tout âge, y compris dans l'enfance, et concerne aussi bien les hommes que les femmes. Le TOC est plus répandu qu'on ne le croit puisqu'il touche environ 2,5% de la population.

## Diagnostic différentiel

Le critère du temps (plus d'une heure par jour) permet de distinguer le TOC des petites manies normales. La présence de rituels est le signe distinctif du TOC, alors que l'évitement est celui des phobies. Toutefois l'évitement est également souvent présent dans le TOC. Dans le TAG (Trouble anxiété généralisée), l'élément central est le souci, qui ressemble à l'obsession mais est plus proche des préoccupations quotidiennes de chacun (soucis concernant la situation financière, la réussite des enfants, la santé). La personnalité obsessionnelle est

définie par un comportement hyper-méticuleux et perfectionniste sans qu'il y ait véritablement de rituels. Le TOC est souvent accompagné de trouble dépressif (ou bipolaire), mais la relation entre les deux pathologies n'est pas toujours facile à cerner. La notion de danger est au cœur du TOC comme de tous les troubles anxieux, alors que c'est le négativisme et la dévalorisation de soi, du monde environnant et du futur (triade négative de Beck) qui caractérisent la dépression. Lorsque les pensées obsédantes ne sont pas reconnues par le sujet comme irrationnelles, la distinction avec un trouble psychotique n'est pas aisée.

## Traitement

Le traitement est long et coûteux, mais le TOC non traité est bien plus long et bien plus coûteux encore ! Deux types de traitement ont prouvé leur relative efficacité dans le TOC, et ont à peu près les mêmes résultats. En première intention, il n'est pas nécessaire de les associer car le résultat thérapeutique n'est pas meilleur qu'avec un seul traitement. En revanche on peut les combiner en cas de résistance à l'un ou l'autre traitement. Obtenir une diminution de 50% du temps passé aux obsessions-compulsions est considéré comme un bon résultat.

1. Les *médicaments sérotoninergiques*. Ils doivent souvent être prescrits à des doses supérieures à celles utilisées dans la dépression. Le délai d'action peut être de plusieurs mois. Pour diminuer le risque de rechute, le traitement doit être poursuivi au moins douze mois à partir de l'amélioration, avant de diminuer progressivement le dosage, si le patient le souhaite.

2. La *psychothérapie cognitive et comportementale*. Elle a pour but d'assouplir les schémas de danger et de responsabilité du patient, et l'amener à s'exposer progressivement aux situations anxiogènes et au scénario catastrophe obsédant, sans mettre en place la stratégie anxiolytique du rituel.

## Le rôle du médecin de famille

Il est de contribuer à dépister le trouble et à encourager le patient à suivre un traitement. S'il se sent à l'aise avec les psychotropes et qu'un diagnostic précis a été posé, il peut conduire à un traitement médicamenteux du TOC. Dans ce cas une supervision est utile. La réassurance concernant les craintes obsédantes est inappropriée car, comme le rituel et l'évitement, la réassurance renforce le TOC.

En cas d'obsession du sida, éviter de multiplier les tests VIH, pour la même raison.

### Pour en savoir davantage

Deux ouvrages en français s'adressent aussi bien aux patients et à leur entourage qu'aux soignants :

*Cottraux J. Les ennemis intérieurs. Paris : Odile Jacob, 1998.* Décortique de manière vivante les manifestations et les mécanismes du TOC, et plus particulièrement son mode de pensée particulier (cognitions).

*Sauteraud A. Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter. Paris : Odile Jacob, 2000.* Il contient des informations précises sur le diagnostic et le traitement du TOC, et sur la manière de mettre en route

un traitement par soi-même.

Des associations d'entraide constituent des lieux de soutien et d'échanges entre patients et entre patients et professionnels :

*SSTOC, Société Suisse des troubles obsessionnels et compulsifs* – Tél. 061 783 90 80. [www.zwang.ch](http://www.zwang.ch)

*AFTOC Association française de personnes souffrant de troubles obsessionnels et compulsifs* – [www.aftoc.fr.st](http://www.aftoc.fr.st)

### Adresse de l'auteur :

Dr R. Zumbrunnen  
Psychiatrie et psychothérapie  
Rue de l'Athénée 22  
1206 Genève

## Recherche

### Lignées cellulaires contaminées : le *New Scientist* juge la recherche en péril

«Des cellules usurpatrices sont en train de ruiner la recherche». En matière de titres, le *New Scientist* n'y va pas par quatre chemins. Dans son édition du 20 septembre, l'hebdomadaire dénonce la passivité coupable de la communauté scientifique face à un problème grave et aisément soluble, touchant notamment la recherche fondamentale en bio-médecine. «C'est scandaleux» déclare l'éditorial, lui aussi consacré à la question. Lorsqu'on interroge des chercheurs sur le terrain, on découvre une réalité beaucoup plus complexe et nuancée. Mais le *New Scientist* a le mérite de rappeler au bétien l'existence d'une véritable difficulté.

Commençons par l'accusation. Selon l'enquête réalisée par l'hebdomadaire, un cinquième environ des études réalisées in vitro sur des cellules humaines seraient bonnes à jeter à la corbeille, les chercheurs ayant étudié à leur insu une fausse lignée de cellules. A l'origine de ces «erreurs», un phénomène connu de longue date, la contamination des colonies cellulaires par des souches envahissantes.

Exemple classique : les cellules cervicales cancéreuses HeLa, premières à avoir jamais vécu en culture en 1952. Très résistante,

cette lignée HeLa a conquis accidentellement d'autres colonies. Parmi les «victimes», on compte par exemple une lignée KB de cellules tumorales de la bouche. Cette dernière a été citée plus de 300 fois entre 1998 et 2000 avant qu'on ne découvre qu'elle avait été envahie par des HeLa.

Le problème n'est ni nouveau ni inconnu des chercheurs. Mais les experts cités par le *New Scientist*, des responsables de grandes collections de lignées cellulaires en Europe et aux Etats-Unis, affirment qu'il prend des proportions nouvelles, sans que les chercheurs n'entreprennent rien pour le juguler. Le patron du Deutsche Sammlung von Mikroorganismen und Zellkulturen (DSMZ) juge carrément ses collègues victimes du «syndrome du déni de fausses souches». Il se plaint de prêcher depuis plusieurs années dans le désert.

Le *New Scientist* affirme que la génétique offre aujourd'hui des moyens qui permettraient facilement d'établir l'identité des cellules. Il en coûterait quelques centaines de francs à chaque fois, mais pour économiser «des mois et des années de travail». Ainsi, en déclarant ces tests nécessaires à la publication, on pourrait

«éradiquer le problème».

Est-ce si simple ? «Je ne vois pas comment je pourrais réaliser pratiquement une telle vérification dans mon laboratoire, réagit Richard Iggo, chercheur à l'ISREC. Un test ADN vous donne une série de lignes sur un gel. Pour confirmer la pureté d'une colonie, il faut encore connaître la distribution de ces lignes dans une colonie pure. Je ne sais pas si cette information existe pour toutes les souches en circulation. Il y a également la question du financement. Quelques centaines de francs à de multiples reprises, ce n'est pas rien dans les budgets d'un laboratoire.»

Selon le biologiste, la seule façon qu'a un laboratoire non spécialisé de s'assurer de la pureté de ses colonies, c'est de se procurer des lignées auprès des grandes collections de cellules. «C'est pourquoi la question d'un test génétique systématique me semble aller d'abord aux responsables de ces collections», juge Richard Iggo. En déboursant environ mille francs suisses pour une ampoule de cellules, il est vrai que les laboratoires achètent précisément un matériel censé être bien identifié.

Même cette démarche n'est pas possible de façon systématique. Richard Iggo commande des cellules lorsqu'il le juge nécessaire, lorsqu'une colonie devient suspecte, lorsque l'identité de la souche joue un rôle central dans des essais, etc. Mais pour des raisons finan-

cières, il ne peut se procurer toutes les souches auprès de collections. «Je serais heureux de pouvoir le faire, mais il faut chercher la meilleure solution avec les moyens disponibles.»

Ainsi, le problème dénoncé par le *New Scientist* s'inscrit dans une économie de la recherche complexe. Un exemple pour montrer que de multiples facteurs influencent la proportion des souches «sûres» dans les boîtes de Pétri. L'une des plus importantes collections de cellules, l'américaine ATCC, a cessé récemment d'exporter vers l'Europe. Or, cette collection était considérée comme une garantie de sécurité. «Même les meilleurs spécialistes de telle ou telle lignée faisaient davantage confiance à la pureté d'une colonie ATCC qu'à leurs propres cultures», se souvient Richard Iggo.

Est-ce en raison des exigences croissantes pour l'exportation de matériel biologique hors des Etats-Unis (ATCC propose également virus et bactéries) ? Toujours est-il que la collection a confié sa distribution sur le Vieux continent à une société européenne, LGC Promochem. «Les prix ont triplé, regrette Richard Iggo. Il y a une couche administrative de plus, et il est vrai que l'Europe est un marché très morcelé pour les fournisseurs. Mais ces prix élevés nous incitent à davantage de retenue.»

J.-L. Vonnez