

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales



En vue de l'obtention du diplôme master II en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème :

L'insight chez les personnes atteintes de trouble obsessionnel -compulsif(TOC)

Étude de quatre cas adulte âgé de 23ans à 52ans à l'établissement publique de proximité {EPSP} de Bejaia.

Réalisé par :

M^{elle} :LOUNICI Faouzia
M^{elle} :MAMACHE Elhadka

Encadré par :

-M^{me} :DJEDID Ratiba

Année universitaire : 2014/2015

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales



En vue de l'obtention du diplôme master II en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème :

**L'insight chez les personnes atteintes de
trouble obsessionnel -compulsif(TOC)**

*Étude de quatre cas adulte âgé de 23ans à 52ans à l'établissement
publique de proximité {EPSP} de Bejaia.*

Réalisé par :

M^{elle} :LOUNICI Faouzia
M^{elle} :MAMACHE Elhadka

Encadré par :

-M^{me} :DJEDID Ratiba

Année universitaire : 2014/2015

A decorative border of repeating floral motifs surrounds the text.

Remerciements

On remercie avant tous le bon DIEU de nous avoir donné la patience et le courage et la volonté à fin d'arrivé à l'accomplissement de ce modeste travail.

Au terme de ce modeste travail, nous tenons à exprimer notre profonde gratitude et nos vifs remerciements à M^{me} DJDID Ratiba, notre promotrice, pour avoir proposé diriger ce travail, nous lui somme redevables de qualité des conseils qu'elle nous a toujours prodige .pour la confiance qu'elle nous à accédée tout au long de la recherche et la réalisation de ce travail.

Nous remercierons également le membre du jury qui aura à juger ce travail. Ainsi les enseignants du département des sciences sociales pour leur rôle durant toutes ces années d'étude à l'université.

Nos remerciement vont aussi au personnel du l'Établissement Publique de Santé de Proximité(EPSP) à Bejaia, et particulièrement M^{me} L.ABBOU pour leur aide efficace et leur disponibilité totale.

Nous remercie aussi les personnes malades qui n'ont fait confiance et leur consentement dans notre recherche.

A decorative border of repeating floral motifs surrounds the text.

Dédicaces

Je saisi l'occasion de cet humble travail pour exprimer mon profond amour

À mes chères parents.

À mes sœurs; mes frères Omar et Smail.

Le mari de ma sœur ; Hakim.

Les deux anges Rayane et Ayoub qui j'aime beaucoup

À toute ma famille et tous mes amis.

Je dédie ce modeste travail.

LOUNICI FAOUZIA

C'est avec profond gratitude et sincères mots que j'exprime mon profond amour

À la mémoire de mon grand père

À mes chères parents

Et ma chère grande mère

À mes sœurs et mes frères Salim et Saadi

À toute la famille mamache et à tous mes amis.

Je dédie ce modeste travail.

MAMACHE ELHADKA

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES

Introduction

- 1. Problématique et hypothèses.....4**
- 2. Définition et opérationnalisation des concepts.....10**

Partie théorique

Chapitre 1 : Trouble obsessionnel-compulsif

Préambule	12
1. Rappelle historique des TOC.....	12
2. Définition de trouble obsessionnel compulsif.....	14
3. La prévalence des TOC selon le DSM IV.....	14
4. Critère diagnostique selon le DSM IV.....	14
5. Diagnostique différentielle selon le DSM IV.....	16
6. Les formes cliniques de trouble obsessionnel compulsif.....	17
7. Les concepts clés.....	17
7.1. Trouble obsessionnel-compulsif.....	17
7.2. Obsession.....	18
7.3. Compulsion.....	18
7.4. Obsession et compulsion.....	19
7.5. Les rituels.....	19
7.6. Les vérifications.....	20
7.7. L'angoisse.....	20
7.8. L'anxiété obsessionnel- compulsif.....	20
7.9. Les traits de caractères.....	20
8. les modèles de TOC.....	21
9. les catégories de TOC.....	22
10. les schémas chez les sujets possédant un TOC.....	23

11. les types d'obsession.....	23
11.1. Les obsessions idéatives.....	23
1.2. Les obsessions phobiques.....	23
11.3. Les obsessions impulsives.....	23
Conclusion.....	24

Chapitre 2 :l'insight

Préambule.....	25
1. La définition de l'insight.....	25
2. Comment comprendre l'insight.....	26
3. L'objet d'insight en tant que catégorie sémantique.....	27
4. L'étude de concept d'insight en psychiatrie.....	28
5. Les disciplines d'insight.....	30
6. Les types de l'insight.....	31
6.1. L'insight clinique.....	31
6.2. L'insight cognitif.....	31
6.3. L'insight somato-sensoriel.....	31
7. L'approche basée sur les inférences.....	31
8. Les pensées obsessionnel surévaluées et délirantes en lien avec l'insight.....	35
9. Le lien avec faible insight et la capacité à consentir.....	36
10.Le toc avec faible insight selon le DSM IV.....	37
11.Les différents facteurs qui peuvent influencer l'insight et son évaluation.....	38
Conclusion.....	38

Partie pratique

Chapitre 3 : méthodologie de recherche

Préambule.....	40
1. La méthodologie d'étude.....	40
1.1. Définition de l'étude de cas.....	40
1.2. La pré-enquête.....	41
2. L'échantillon.....	42
2.1 critères d'inclusions.....	42
2.2 critères d'exclusions.....	43
3. Présentation de l'organisme d'accueils.....	43
4. Les outils d'étude	44
4.1. L'entretien clinique de recherche.....	44
4.2. L'entretien semi-directif.....	44
4.3. Le guide de l'entretien.....	45
5. Présentation de test.....	45
5.1. Définition.....	45
5.2. Passation de test	46
5.3 Consigne	46
5.4 Interprétation de test	47
5.5 L'objectif de test.....	47
6. les obstacles rencontrés durant la recherche.....	48
Conclusion.....	49

Chapitre 4 : présentation et analyse des résultats et discussions des hypothèses

- 1. Présentation et analyse des résultats.....50**
- 2. Discussions des hypothèses.....63**

Conclusion générale.....65

Bibliographie

Annexes

INTRODUCTION GÉNÉRALE

Introduction générale :

Le TOC a très longtemps été considéré comme un état relativement rare. En effet, Rudin (1953) rapporte une prévalence de 0.05% dans une population tout-venant. Même dans les populations psychiatriques, la prévalence du TOC était, jusqu'aux années 80, considérée comme très faible. Ainsi, Coryell, (1981) décrit une prévalence de 0.5 % chez des patients psychiatriques hospitalisés. Ces estimations ont cependant été ultérieurement revues à la hausse. En effet, des travaux plus récents rapportent une prévalence variant entre 2.5% (Regier et al., 1988) et 2.9% (Kolada, Bland, & Newman, 1994). Comme l'ont toutefois souligné Fontenelle, Mendlowicz et Versiani (2003), il existe une grande hétérogénéité dans les taux de prévalence (s'échelonnant entre 0.5% et 8% pour la prévalence à vie) selon les pays et les outils utilisés.

De manière générale, les patients atteints de TOC souffrent de plusieurs types d'obsessions ou de compulsions. Rasmussen et Tsuang (1986) observent ainsi que les obsessions les plus courantes sont la peur de la contamination (55%), les pensées agressives (50%), le besoin de symétrie et d'exactitude (36%), les peurs somatiques (concernant la maladie par exemple) (34%) et les représentations sexuelles (32%). Il faut relever que 59% des patients TOC rapportent plus d'un type d'obsessions alors que 41% manifestent plusieurs compulsions. Les compulsions les plus fréquentes sont la vérification (80%), les rituels de lavage (46%), et les rituels de comptage (21%). L'étude ultérieure de Rasmussen et Eisen (1992) confirme ces données, tout en révélant également la présence d'autres types de compulsions comme les compulsions d'ordre et de symétrie ou le collectionnisme.

Si l'on se réfère au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatrique Association, 2000), le TOC est un trouble anxieux

caractérisé par la présence d'obsessions et de compulsions qui entraînent un sentiment de souffrance et/ou une perturbation significative de la vie d'un individu (détresse et symptômes prenant plus d'une heure par jour). Les obsessions y sont définies comme des pensées, des désirs ou des images récurrentes qui apparaissent de manière répétitive et qui sont vécues comme inappropriées, intrusives et désagréables. Les patients souffrant de TOC reconnaissent que ces pensées ou ces images sont le produit de leur esprit et qu'elles sont excessives. Les compulsions constituent, quant à elles, des comportements répétitifs ou des actes mentaux visant à diminuer l'anxiété ou le désagrément causé par les pensées obsessionnelles. Ces comportements sont excessifs et ne sont pas reliés de façon réaliste à l'événement qu'ils sont censés empêcher. (Ariane Zermaten Février 2007, P :16)

Gibbs (1996) rapporte que le contenu des obsessions porte souvent sur la peur de la contamination, la crainte de causer du tort, de même que sur le doute pathologique. D'autres obsessions sont à caractère sexuel, religieux, agressif ou relié à un besoin de symétrie et d'exactitude. En ce qui a trait aux compulsions, celles les plus fréquemment rencontrées concernent le nettoyage, la vérification, la répétition et le fait de compter. Le contenu des obsessions et des compulsions dans la population chique semble similaire aux pensées et aux compulsions rencontrées dans la population en général. Cependant, les obsessions et les compulsions chiques sont plus fréquentes, plus intenses et causent plus de détresse que les intrusions et les compulsions se manifestant dans la population non-clinique (Rackun & De Silva, 1978 ; Salkovskis & Warrison, 1984 ; Muris, MerckelBach, & Clavan, 1997). (Danielle vézina.1998,p :09).

Le concepte associé à ce sujet de toc est l'insight ce dernier qui diffère d'une personne à une autre, par des niveaux faible et fort insight.

Il est possible de spécifier que l'individu souffre d'un toc avec faible insight ,si la plus part de temps durant l'épisode actuel ,ne reconnaitre pas le caractère irrationnel de ces obsessions et /ou ses compulsions (kostanten ,A ziri,mai 2010 ,p12).

Pour notre part nous nous somme intéressé dans ce travail de recherche aux différent aspect de toc ,l'objectif de notre travail était d'un part de mieux comprendre mesure les déficits d'insight des patient toc ,d'autre nous avons examiné dans quel mesure les déficits de contamination et de vérification pourrait être associer aux obsession et compulsion ,ainsi que certaine formes d'impulsivité en lien avec le toc .

Pour bien planifier notre recherche on a tracé un plans de travail, on à devisé le plan en deux partie, théorique et pratique, d'aborde on commence par l'introduction générale, suivit de la problématique, les hypothèses ainsi les définitions et l'opérationnalisation des concepts.

Donc la partie théorique de ce travail, devisé en deux chapitres, le premier est destiné à la définition et a description clinique du toc selon le DSM IV et les différents modèles théorique de toc.

Le 2^{eme} chapitre de cette partie, est consacre à la description de l'insight, ainsi ses différents discipline et les différent approche qui on étudier ce concept.

Dans la partie expérimentale (pratique) de notre recherche, on à entamé le 3^{eme} chapitre qui est réservé au cadre méthodologique, a traverse lequel nous avons suivi une méthodologie bien détaillé : les méthodes de recherche est ses outils d'investigation, présentation de test, et le déroulement de l'enquête, la présentation de lieu de stage, et les échantillons de recherche.

En fin le 4^{ème} chapitre est consacré à la partie pratique qu'est divisé aussi en deux parties. La première est consacré à la présentation et l'analyse des informations obtenu sur notre cas, et la 2^{ème} partie est consacré à la discussions des hypothèses qu'ont été formulé au début de la recherche.

Vers la fin on à terminé notre recherche par une conclusion générale.

PROBLIMATIQUE

ET

HYPOTHÉSES

La problématique

Le concept de trouble de la personnalité est présenté dans la nosographie psychiatrique depuis environ un siècle. K.Schneider (1923) décrivait les « personnalités psychopathiques » comme « des personnalités anormales qui souffrent par leurs anomalies et à travers les quelles la société souffre », il à tenté une catégorisation de ces personnalités psychopathiques, en répertoriant 10 types de personnalités anormales (expansive, dépressive, la bile...) en se fendant sur des observations cliniques.

On parle parfois pour décrire l'ensemble des traits propres à un individu donnée.de son(caractère) mot dont l'étymologie grecque signifie(empreint)comme celle qui figure sur les pièces de monnaie et donc quelque chose de stable ,durable, un trait de personnalité pour être considéré comme tel, doit se manifester de manière régulière (**Christophe André 2008, p551**).

Pour Winnicott(1963), le caractère est une distorsion de la structure du moi. L'intégration étant sauvegardée, il ya dans une personnalité intacte une maladie cachée qui met d'une certaine manière l'environnement en cause
Selon *CARR*(1974)' le TOC résulte d'une surestimation de la Probabilité d'un événement négatif et des coûts associés (évaluation primaire) ainsi que d'une sous-estimation des capacités de l'individu à faire face à la menace (évaluation secondaire) (**Tawil s et kalmanavitch et all.1981.p98**)

Au début du 20em siècle. Freud élabore une clinique et une théorie de la névrose obsessionnelle, mais dés le 21em siècle cette entité nosographique avait été identifiée sous le nom de (folie du doute).obsession vient de mot latin(OBSESSIO) qui signifie siège, action de siéger, dans la névrose obsessionnelle, la pensée est assiégée par des idées face auxquelles des actions spécifique se mettent en place, dans un but défensif. Dans le DSM 4.cette

névrose disparaît au profit du TOC (trouble obsessionnelle compulsif) et de la personnalité obsessionnelle compulsif. **(Annick weil.barais et Dominique coupa.2008.p.172)**

Le TOC est une maladie anxieuse comportant des obsessions et des compulsions. **(Alfred lassung.2002.p.06).**

Étant donné que le doute initial est une inférence, il devient possible de mesurer le niveau de conviction à propos de ce doute en termes cognitifs. **(A.ziri.K.saidene.2010.p32.33).**

Ce trouble apparaît parfois dans l'enfance mais plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et l'on sait que la plupart des adultes qui en souffrent ont présenté leurs premières idées fixes ou leur premier rituel déjà dans leur jeunesse **(Hantouch.psychiatre par marie Christine deprund.octobre 2011.p.48).**

Le trouble obsessionnel était considéré autrefois comme relativement rare dans la population générale, les données épidémiologiques montreraient que la Prévalence du TOC vie entière se situe entre 1,9 % et 3,2 % dans la population générale. La prévalence situe le TOC au quatrième rang de fréquence parmi les troubles psychiatriques, après les phobies, la dépendance à l'alcool et aux drogues, et les troubles dépressifs .Des enquêtes réalisées parmi des nouveaux patients consultant en psychiatrie mettent en évidence une prévalence du TOC (selon les critères diagnostiques du TOC) de 9,2 %, Il y a globalement autant d'hommes que de femmes qui souffrent du TOC. **(Dr Françoise saint pierre.mai 2005.p17)**

Des auteurs suggèrent que les événements de vie, les expériences d'apprentissage et l'éducation peuvent favoriser l'apparition des symptômes TOC (McKéon, Roa & Mann, 1984;Okasha, Saad, Khahi, Dawla & Yehia, 1994). Salkovskis et Warwick (1988)

proposent que certaines expériences puissent contribuer à la formation de mécanismes dysfonctionnels. Ces derniers demeureraient latents jusqu'à ce qu'ils soient activés par un événement critique. L'importance que l'individu accorde à ses symptômes contribuerait également au développement du TOC. Selon Rachman (1993), cette tendance à surestimer la signification des pensées pourrait s'expliquer par l'éducation morale ou religieuse et ainsi que les expériences directes de l'individu (**daniell vézina, mars 1998, p ,15**).

Les études familiales et de ségrégation ont montré l'influence de facteurs génétiques et/ou environnementaux dans la genèse de la maladie. Les causes de celle-ci ne semblent pas univoques. Le déterminisme pourrait en être polygénique et multifactoriel. (**Dr Françoise saint pierre. Mai2005.p20**)

Un concept souvent rapporté dans les études qui portent sur le toc est celui d'insight, une découverte soudaine de la solution d'un problème, de la nature d'une figure ou d'un objet perçu, ce terme est l'équivalent du terme allemand original Insight (compréhension) par fois dénommé aussi « Ahaphanomen » ou « phénomène de Ah! » ou « Euréka! » qui fut introduit par les chercheurs de la Gestalthéorie. Ceux-ci interprètent le phénomène sous-jacent comme due à une « restructuration » brusque de la façon de considérer la situation.une nouvelle gestalt ,si aujourd'hui, on ne retint plus guère l'idée de gestalt intellectuelle non analysable, les notions de structure cognitive(analysable) et de restructuration du problème gardent tout leur force. (**Henriette Bloch, Roland chemama .1992.p387**).

L'insight est la découverte soudain de la solution à un problème sans passer par une série d'essais-erreurs progressifs.

Le concept d'insight fut probablement étudié auprès d'individus souffrent de TOC. Depuis les années 80, plusieurs modèles dimensionnels ont été élaborés pour définir l'insight chez les patients psychotiques.

Le modèle dimensionnel le plus fréquent utilisé propose trois dimensions de l'insight, A/la capacité de l'individu à reconnaître qu'il souffre d'une maladie mentale/sa capacité à interpréter les expériences psychotique par exemple: les hallucinations, comme étant anormales/l'assiduité au traitement l'ors qu'il accepte de prendre ses médicament.

L'insight des patients obsessionnels devrait être conceptualisé de façon plus cognitive (par exemple: comment l'individu interprète ses obsessions ?que médicale. (Par exemple: présence ou absence d'une maladie mentale?).(Sébastien grenier. Juin2007.p.18).

L'insight des patients TOC est fréquemment défini à partir:*Capacité de reconnaître qu'on souffre d'une maladie mentale.*Conséquences anticipées en l'absence des rituels compulsifs. (A.ziri,K.saidene,A,massaoudi,A,nait-slimani,2010,p23).

Alors On peu dire que ya un lien entre l'insight et le trouble obsessionnel compulsif, qui signifie l'insight des individus souffrent de trouble obsessionnel compulsif(TOC), est par conséquent évalué de différents façons d'une étude à une autre.

Ace jour l'insight des individus souffre d'un trouble obsessionnel compulsif(TOC), est principalement évalué sur la base d'un modèle médical s'inspirant des études sur la psychose et la schizophrénie.

Différents facteurs qui devraient être considérés durant l'évaluation de l'insight des patients TOC seront justement abordés ici. Premièrement, les concepts d'obsessions, d'idées surévaluées et d'idées délirantes seront clairement définis et distingués. Deuxièmement, pour bien comprendre comment l'insight est relié à ces trois concepts, un modèle qui explique la transition d'une obsession vers un délire sera présenté et critiqué. Troisièmement, les principaux

questionnaires qui évaluent l'insight des patients TOC seront présentés et critiqués.

Il est convenu que l'individu souffre d'un trouble obsessionnel compulsif, avec faible insight l'ors qu'il ne reconnaît pas, à un moment durant l'évolution de son trouble le caractère irrationnel de ses obsessions ou compulsions.

L'individu souffre d'obsessions avec un bon insight, l'ors qu'il reconnaît l'absurdité é de ses croyances et l'ors qu'il tenté d'y résister.

Ce travail nous à permette de découvrir l'origine de cette maladie de TOC trouble obsessionnel compulsif, et de voir la diverse manière d'acceptation de la maladie, et encore la qualité d'insight chez les personnes qui souffrent et qui présentent le trouble obsessionnel compulsif(TOC), qui fait partie des troubles anxieux.

Par la suite on est sensé de formuler la problématique suivante :

Quelle sont les niveaux de l'insight chez les personnes ayant un trouble obsessionnel compulsif (TOC) ?

L'hypothèse :

Le thème de notre mémoire porté sur (l'insight chez les personnes qui souffrent de trouble obsessionnel compulsif).

A cet effet nous essayerons de répondre à notre question de départ, on formule l'hypothèse suivante :

***Les personnes qui souffrent de trouble obsessionnel compulsif(TOC) ont un bon insight.**

Objectif de recherche

Notre recherche comme toute recherche scientifique, va se concentrer sur un but à atteindre et décrire cette formation de recherche, un objectif de recherche spécifique à cette importance thématique qui nous a exposé sous forme d'un travail de binôme entre nous, et cette recherche pour objectif de découvrir une maladie rare mais importante, qui est le TOC trouble obsessionnel compulsif, et de dévoiler la conscience des patients atteints de trouble, et encore le degré d'acceptation de leur maladie, par l'intermédiaire d'un test spécifique avoir le niveau d'insight de chaque cas dans le milieu pratique de ce travail, et pour objectif d'avoir l'efficacité des traitements pour les patients qui souffrent de TOC, cette recherche aussi nous permette de voir les différentes méthodes de traitement psychologique et pharmacologiques, l'objectif ainsi centré sur le lien qu'il existe entre l'insight et cette maladie de TOC.

Les raisons de choix de thème :

Le choix de notre thème à savoir le degré d'insight chez les personnes qui souffrent de trouble obsessionnel compulsif, a été motivé comme suite :

- *Acquérir des nouvelles connaissances sur les pratiques de l'obsession compulsive.
- *dégager le statut familial et social des patients TOC.
- *Montrer le rôle des psychologues devant ces patients qui présentent un trouble obsessionnel compulsif.
- *Avoir découvert le degré d'acceptation de la maladie (trouble obsessionnel compulsif).
- *Cerner l'état psychique et physique de patient qui présente un trouble obsessionnel compulsif.
- *Vérifier l'impact de ce trouble sur l'insight du patient.

**DÉFINITION ET
OPÉRATIONALI
SATION DES
CONCEPTS**

Définition et opérationnalisation des concepts

1. Trouble obsessionnel compulsif (TOC) :

Le TOC est un trouble anxieux caractérisé par la présence d'obsession et de compulsion qui entraînent un sentiment de souffrance ou/et une perturbation significative de la vie d'un individu (détresse et symptômes prenant plus d'un heur par jour). (Ariane Zermatten ,2007, p15)

2. OBSESSION

"Les OBSESSIONS sont des idées pénibles, des pensées, des images ou des désirs impulsifs qui vous viennent à l'esprit d'une manière répétitive. Elles peuvent vous sembler apparaître contre votre volonté. Vous pouvez aussi les trouver répugnantes, reconnaître qu'elles sont dénuées de sens, ou estimer qu'elles ne correspondent pas du tout à votre personnalité. Elles sont souvent source d'angoisse".

3. Compulsion

"Les COMPULSIONS, sont des comportements ou des actes que vous vous sentez obligé d'accomplir, même si vous les reconnaissez comme dénués de sens ou excessifs. Parfois, vous essayez de résister et de ne pas les faire, mais ceci s'avère souvent difficile. Vous pouvez ressentir une anxiété qui ne diminuera pas, tant que l'acte n'est pas accompli". (E mollard.j cotl cottraux.M bouvard, 1989, P335)

4-Trouble obsessionnel compulsif

C'est une maladie psychique, qui provoque chez l'individu l'apparition des activités compulsifs, et des idées obsédants par une force inconsciente qui dépasse son état normal.

4. l'insight

L'insight c'est le mode d'appréhension des phénomènes, il s'agit de rendre conscient l'inconscient. L'insight doit être considéré «l'acte essentiellement personnel de se voir soi même» ainsi c'est la capacité d'acceptation de la maladie qui touche la personne, ce dernier qui va percevoir son état irrationnel.

PARTIE

THÉORIQUE

**TROUBLE
OBSESSIONNEL
-COMPULSIF**

Préambule

Dans ce premier chapitre, nous tenterons de définir la condition complexe que constitue le Trouble Obsessionnel-Compulsif (TOC). Nous verrons que différentes typologies ont été proposées afin de rendre compte des symptômes variés caractérisant cet état et que différents outils ont été élaborés pour les évaluer.

1- Rappel historique

Des le début de 19^{em} siècle ,les aliénistes décrivent les phénomènes obsessionnel nous des termes variés :monomanie raisonnante d'Esquirol(1883), « folie ou doute »de farlet , « délire du toucher « Legrand du saule(1875) .en 1903 ,Janet donner un rôle capital à la « baise de la tension psychologique « pour expliquer les traits psychasthéniques ,Freud de 1895 a1926 élaborer progressivement une clinique et une théorie de la névrose obsessionnelle disparaître au profit du trouble obsessionnel compulsif d'une part et de la personnalité obsessionnelle compulsif d'autre part .(**DR Nathalie papet ,DR Nicolas lafay ,DR Cyril manzanera ,PR Jean Louis Sénon p14.**)

Au début de 20^{em} siècle, Freud élabore une Clinique et une théorie de la névrose obsessionnelle, mais dès le 19^{em} siècle cette entité nosographique avait été identifier sous le nom de (folie de doute) par falrete.(obsession)vient du latin obsession, qui signifier, action de siéger .dans la névrose obsessionnelle, la pensée est assiégée par des idées face aux quelles des actions spécifique se mettent en place, dans but défensif. dans le DSM DSH4, cette névrose disparaît au profil du TOC (trouble obsessionnel compulsif) et de la personnalité obsessionnelle compulsif.(**AnnickWei-barras et Dominique Cupa.2008.P172**)

Pour Martin Bouvard le TOC est une maladie extrêmement embarrassante ou les rémissions subites semble très rares, elle insiste sur le fait que les complications du trouble peuvent amener des conséquences très graves chez

l'individu telles que la dépression ,le suicide ,l'alcoolisme ,les difficultés conjugales et relationnelles professionnelles et voir même une incapacité complet à travailler et a vivre en société sans le soutien d'un établissement ,puisque le travail constitue le centre d'activité de notre société capitaliste savoir reconnaître les traits du TOC l'ors d'un entretien peut amener le client à prendre en charge sa condition a fin d'éviter l'exclusion ,l'isolement et l'institutionnalisation .(**BOUVARD M.2006 p02**).

A partir de la fin des années 1980, on commence à utiliser le terme de trouble obsessionnel compulsif, en abrégé TOC(en anglais obsessive compulsive disorder(OCD)).le sigle TOC devient très populaire dans les médias et auprès des patients, trois faits sont à l'origine de ces changements.

*apparition des thérapies comportementales : les travaux effectués par un premier des thérapies comportementales, Meyer montre l'efficacité d'une thérapie qui consistait à dissuader 24heurs les patients de ritualiser pour modifier leur attente anxieuse.

*Mise en évidence de l'activité de certains antidépresseurs dans les troubles obsessionnels compulsifs, l'efficacité des antidépresseurs à action sérotonénergiques à été lise en évidence par Lopez Ibo Alinno qui fut le premier à publier les résultats avec l'anaphranil dans la névrose obsessionnelle.

*Développement des classifications et des études épidémiologiques : l'entrée des obsessions compulsions dans la classification internationale des troubles mentaux DSM et CIM10, s'effectue au début des années 1980.(**COTTRAUX J ,1998,pp 17,32**).

Le TOC est considéré comme une manifestation de la mélancolie, et débute au 20^{em} siècle avec l'arrivée de la psychanalyse comme une névrose marquée par des conflits inconscients, mais actuellement le TOC est expliqué par des modèles cognitifs et comportementaux. (**A.ZIRI, 2010 P4**).

2- Définition de TOC

Le TOC est considérée comme une maladie très gênant et handicapante. des idées ou images mental déplaisantes (obsession) apparaissant chez le sujet par exemple l'idée d'avoir oublié de barrer la porte, s'enduite par la suite une pensée dit automatique par exemple si on vol, ce sera entièrement ma faut, face a cette idée le sujet vit une angoisse qu'il cherche atténuer par un comportement (compulsion) ainsi le sujet ira vérifier plusieurs fois de suite. Ou dans la journée. (Martin bouvard.2006.p02)

3- La prévalence selon DSM IV

Selon les études conduites en population générale, la prévalence sur la vie est estimée à 2.5% et la prévalence sur un an de 0.5à2.1chez les adultes. Toute fois des problèmes méthodologiques lies aux moyens d'évaluation utiliser suggèrent taux riels de prévalences sont bien inferieur. Selon les études conduites en population générale chez les enfants et les adolescents, la prévalence sur la vie est estimée à1-2.3% et la prévalence sur un an0.7%, les travaux de recherche indiquent que les taux de prévalence du trouble obsessionnel compulsif sont similaires dans nombre de culture différent a travers le monde.(DSM4.1980.P529) .

4. Critères diagnostique selon le DSM IV

le sujet ayant une personnalité obsessionnelle compulsif tente de garder la maitrise du contrôle par une attention laborieuse prêtée aux règles aux détails mineurs, à l'organisation, aux listes aux emplois de temps, ou aux questions de forme.

-ces sujet sont très soigneux et en tendance à répéter ce qu'ils font.

-les comportements répétitifs ou des actes mentaux que la personne se sent obligée d'accomplir en réponse à une obsession, ou selon des règles qui doivent être appliquées rigidement .

-la personne tente d'ignorer ou de refouler de telles pensées ou impulsions ou bien de les neutraliser avec une autre pensée ou une autre action.

-le comportement ou l'acte mentale vise à prévenir la détresse, ou à prévenir un événement ou situation redoutée.

-Les pensées, les impulsions, ou les représentations ne sont pas simplement des soucis excessifs à propos de problèmes de la vie réelle.

-les pensées obsédantes le produit de son propre esprit pour un sujet qui manifeste un TOC. (DSM IV.1980.P326)

*existence soit d'obsession soit de compulsion :

1) pensées impulsions ou représentations récurrentes et persistants qui à certain moment de l'affection sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.

2) Les pensées impulsions ou représentation ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.

3) Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

4) Le sujet reconnaît que les pensées impulsions ou représentation obsédante proviennent de sa propre activité mentale.

Compulsion définie par:

-Comportement répétitif (par exemple lavage des mains, ordonner, vérifier) ou acte mentaux (par exemple prier, compter, répéter des mots silencieusement) 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 le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés cependant ces comportements, ou ces actes mentaux sont soit sans

relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir sont manifestement excessifs.

- les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiment marqué de détresse d'une perte de temps considérable ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelle du sujet.son fonctionnement professionnel(ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

-le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier.

-la perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance.

5. Diagnostique différentiel selon le DSM IV

Certains troubles de personnalité ont des trait en commun avec la personnalité obsessionnelle compulsif et peuvent être confondus avec elles ; on distingue ces troubles et on les citer : le trouble narcissique, ou la personnalité narcissique ; la personnalité schizoïde.

La personnalité obsessionnelle compulsive doit être distinguée des modifications de la personnalité due à une affection médicale générale ou les traits de personnalité résultent des effets directs d'une affection médicale générale sur le système nerveux central. Elle doit aussi être distinguée des symptômes qui peuvent se développer en association avec l'utilisation chronique d'une substance (un trouble lié à la cocaïne)

Le trouble obsessionnel doit être distingue du trouble anxieux du à une affection médicale générale ,le diagnostique et celui de trouble anxieux du à un affection médicale générale l'osque les obsession ou les compulsions sont estimées être la conséquence physiologique directe d'un affection médicale générale spécifique ,le trouble anxieux induit par une substance se distingue

d'un toc du fait qu'une substance (c.-à-d. une substance donnant lieu à abus un médicales ou l'exposition à un toxique) est jugée être associées aux obsession ou

aux compulsions. Comme il peut associer à ce trouble la phobie spécifique, l'hypocondrie, trouble délirant, trouble psychotique, non spécifique.

Les pensées délirantes avec rumination et les comportements stéréotypés Bizard qui survient dans la schizophrénie sont distingués des obsessions et des compulsions, ils ne sont pas égo-dystoniques et le sujet ne cherche pas à vérifier la réalité. Cependant, étiologiquement certains sujets manifestant des symptômes à la fois du trouble obsessionnel compulsif et de schizophrénie et nécessitant les critères diagnostiques. (DSM4.1980.p530).

*compulsion de précision et de complétude (peur de se tromper, perfectionnisme qui n'aboutit jamais). (psychologie intellectuelle et psychothérapie, psychiatrie adulte, p66).

6. les formes cliniques

- *les laveurs (folie de toucher) : refus de serrer la main, mettre des gants.
- *les vérificateurs : folie de doute.
- *les remiseurs : maladie de scrupule (ici mon père décidé.....).
- *les contrôleurs : vérificateurs.
- *les amasseurs : exemple ; matière fécale conservée avec la date. (Psychologie interculturelle et psychothérapie ; Psychiatrie adulte p68).

7. Les concepts clés

7.1. Le trouble obsessionnel compulsif

Les TOC sont connus de grande public car ils ont été fortement médiatisés. Loin de faire peur comme la schizophrénie ils rappellent à chaque ses manies ou ses rituelles de l'enfance, mais poussés à l'extrême.

Le rituel obsessionnel fait parti du monde de l'enfance. A cette période, il est la conséquence de la pensée magique caractérisé par le manque de séparation entre la pensée et l'acte. c'est par exemple, l'enfant qui, dans la rue, marche sur

les lignes de trottoir en s'inventant un code de conduite qui, s'il est respecté, donnera lieu à un événement heureux. C'est la façon dont l'enfant compense son impuissance à choisir et sa soumission à se qu'il vit.

Certains adultes qui ont encore du mal à séparer pensée et acte (subissant une soumission angoissant a se qu'il vivent) ont toujours dans un coin de leur tête ce mode de pensée.les croyances superstitieuses en témoignent.(**Charlotte mareau Adeline vanek Dreyfus,2004 p 122**)

7.2. OBSESSION

Trouble psychique caractérisé par l'irruption dans la pensée d'un sentiment ou d'une idée apparaissant au sujet comme un phénomène morbide qui provient pourtant de sa propre activité psychique et qui persiste un temps plus ou moins long malgré sa volonté conscient et tous ses efforts pour s'en débarrasser.

L'obsession est généralement associée à la compulsion action que le sujet est obligé d'accomplir contre sa volonté consciente, en Allemand d'ailleurs : Zwang correspond à la fois à obsession l'ors qu'il s'agit d'idées et à compulsion l'ors qu'il s'agit d'actes (**Henritte blompchje,1991,page530**)

7.3. Compulsion :

Tendance intérieure impérative poussant un sujet à accomplir une certaine action ou à penser à une certaine idée alors qu'il la réprouve et se l'interdit sur un plan conscient.

Malgré son caractère irrésistible ; le sujet peut lutter contre cette tendance ;dont la non-exécution est pour lui génératrice d'angoisse. Il arrive parfois à ne pas passer à l'acte ; ou à le transformer en des rituels répétitifs inoffensifs. ce qui n'est pas le cas de l'impulsion, où l'agir l'emporte presque immédiatement sur cette lutte anxieuse. (**Henritte bloche.1991, page156**).

7.4. OBSESSION ET COMPULSION

Avec des manifestations d'angoisse occasionnelle. Même si les personnes atteintes ont pleinement conscience de leur trouble, elles ne sont pas en mesure

de le contrôler. Les manifestations des TOC sont perturbantes et envahissantes, et occupent au moins une heure par jour. Elles impliquent la présence d'une obsession et d'une compulsion chargée de réduire. Chaque TOC, quelle que soit sa forme, est une maladie réelle qui ne doit pas être confondue l'anxiété provoquée par l'obsession : par exemple, la peur des contaminations bactériennes ou virales est soulagée en se lavant très souvent les mains.

Parmi les obsessions les plus fréquentes, on trouve la crainte face à la saleté, qui entraîne des nettoyages incessants ou l'évitement des contacts physiques ; l'obsession de l'ordre, provoquant des rangements fréquents et ritualisés ; le doute sur les dernières activités (fermer la porte à clef, couper le gaz, etc.), qu'il faut vérifier des dizaines de fois ; des pensées violentes ou immorales à l'égard de personnes proches, chassées par des rituels précis (compter jusqu'à 100 par exemple). Il existe donc différents types d'expression de la maladie, qui permettent d'identifier des grandes catégories de malades : les « laveurs », les « vérificateurs », les « impulsifs », les « fulminateurs », les « amasseurs », etc.

Contraint d'effectuer des rituels qui lui apportent un simple répit, le malade peut présenter d'autres troubles, notamment dépressifs. Le retentissement sur sa vie familiale est souvent important, d'autant plus s'il implique son entourage dans ses rituels. L'exercice d'une profession devient parfois impossible. (**Microsoft, En carta, 2009**).

7.5. Les rituels

Sont des séquences d'acte, ils portent sur des actions quotidiennes que le sujet est obligé d'effectuer : habillage, toilette, coucher ...etc. ; ils peuvent être uniquement intime : effectuer des calculs mentaux, se réciter une liste de mot. Ces rituels sont automatiques, coercitifs, rigoureux, rigides. (**Dominique Coupa, 2008, p173**).

7.6. Les vérifications

Il s'agit de contrôler la réalisation ou l'absence de réalisation d'un acte tel que : fermé la porte ou le robinet d'eau. (**Dominique cupa,2008,p173**)

7.7. L'angoisse

Extrême inquiétude, peur irrationnelle .l'angoisse est une sensation pénible de malaise profonde, déterminée par l'inspiration défaussée d'un danger vague, imminent devant lequel on reste désarmé et a puissante le plus souvent, cet état s'accompagne de modification neurovégétative comparable à celle que l'on observe dans les chocs émotionnels : palpitation, sueurs, tremblements, vision brouillée...etc. angoisse qui a des effets désorganisateur sur la conscience, engendre une régression conjointe de la pensée et de l'affectivité.ses causes peuvent être un complexe inférieur.(**NORBERT SILAMY,2004,P22**)

7.8. L'anxiété obsessionnelle compulsive

Elle est centrée sur la peur d'engager sa propre responsabilité dans des actions moralement condamnables et dangereuses pour soi et les autres. Le patient obsessionnel s'enferme dans la prison du rituel, qui dévore petit à petit tout son temps et peut le confiner chez lui.

Ces formes d'anxiété chronique peuvent conduire l'échec personnel ou professionnel, et cet échec, long temps médité, va à son tour entraîner les pensées vers un passé idéalisé ou tout allait bien. (**Coraux j,2004,p52**).

7.9. Les traits de caractère

Il s'agit souvent d'adolescent anxieux, soucieux de bien faire, intrigué par les questions de la mort et effrayé par la sexualité. l'agressivité n'est jamais bien lion, comme on peut le remarquer quand on les empêche d'exécuter ces rituels.il ne s'aventure pas en user, ayant peur que leur parole ou pensée aient des

effets dangereux.il tente donc de contenir massivement leur pulsion libidinal d'amour et de haine.(charlotte marineau,Adéline vanik Dreyfus.2004.p123).

8- Les modèles théoriques de TOC

Parmi les modèles explicatifs classique se trouve le modèle de la psychasthénies obsessions de Janet.il est l'un des premiers à décrire le trouble .selon lui la psychasthénie se caractérise par un(état psychologique et trait de personnalité particulier ,un état de tensions psychologique) (H.dupon,dans Martin Bouvard,2006) toujours selon JANET, cette état provoque un sentiment d'imperfection ,d'incomplet, d'incertitude qui pousse le sujet à pensée ou à connaitre certains choses, pour sa part le modèle psychanalytique de la névrose obsessionnelle et de la notion d'impulsion de Freud propose une notion de refoulement et d'inconscient. Pour lui le sujet tente de repousser une représentation insupportable en l'association à de nouvelle représentation ou andine, il en découlerait d'un mécanisme émis par le moi contre les désirs du surmoi par exemple :le caractère compulsif des lavages corporelles serait relier à un désir d'inconscient souiller(pulsion anal).

Le modèle comportemental ou explication au maintien compulsion sont pour leur part issu de la théorie de conditionnement et de l'apprentissage, en bref, le trouble relié la pensée intrusive à un stimulus enveronemental.les compulsion serait donc lier à une stratégie d'évitement et de soulagement de l'anxiété lier au stimulus environnemental.

Comme on retrouve aussi les explicatifs récents, dont les modèles cognitive et biologique le premier basé sur une théorie des schèmes de pensée obsessionnelle est surestimation du danger. L'idée central repose sur le fait que la pensée obsessionnelle est un stimulus interne ou l'interprétation négative développe un réponse émotionnelle d'angoisse que voie soulagé par un comportement, Par

ailleurs, l'aspect neurobiologique apporte son lot d'hypothèses. Enfin, le modèle intégratif des troubles psychopathologiques : spectre des troubles apparenté au trouble obsessionnel compulsif, indique selon certains critères, des traits communs apparentés tels que le trouble dysmorphobique, personnalisation, anorexie mentale, hypocondrie, syndrome Gilles de la Tourette, compulsions , etc. Enfin, bien que plusieurs modèles d'explication existent afin d'expliquer le TOC, tous possèdent des outils qui permettent de mieux comprendre et agir pour venir en aide à la personne. En tant que conseiller et conseillère, la compréhension des divers facteurs à l'origine du TOC nous permettent de mieux cibler le processus mental du client et ainsi d'être plus empathique devant ses barrières. **(Bouvard, 2006, P06).**

9- Les catégories de TOC

On dénombre cinq catégories du TOC. Les sujets fulminateurs ont des pensées obscènes, insensées, des images de violences sexuelles ou répugnantes telles qu'un bébé mort, ou encore se perdent dans des questionnements sans réponse. Les sujets laveurs pour leur part, ont peur d'être contaminés. Cette peur entraîne un évitement des lieux publics et donc un isolement. Les vérificateurs ont peur de commettre une erreur, ils représentent des exemples classiques de la personne qui retourne chez elle plusieurs fois vérifier que le rond de poêle est bien éteint. Les sujets qui recherchent l'ordre, la symétrie, la perfection se distinguent par leur désir que tout soit rangé au pouce carré, ordonné, au point de ne pas pouvoir quitter leur domicile si tout n'est pas parfait. Enfin, les collectionneurs ou accumulateurs peuvent amasser des tonnes d'objets répugnants comme des poubelles ou des journaux, réduisant ainsi l'espace de vie jusqu'à ce qu'il ne représente plus un milieu vivable. Il est bien de savoir reconnaître les différents types de TOC. Bien que certains types de TOC occasionnent des comportements indésirables plus discrets, ils n'en constituent

pas moins un élément de souffrance chez l'individu envers qui nous avons un devoir. (Bouvard ,M,2006,PO6).

10. Les six schémas chez les sujets possédant un TOC

On dénombre six schémas spécifiques chez les sujets possédant un TOC. La responsabilité; le fait de croire en un pouvoir de prévenir ou provoquer les évènements. L'importance excessive de la pensée; implique que le seul fait d'avoir cette pensée indique qu'elle a de l'importance, vouloir à tout prix que cette pensée se réalise. Le besoin de contrôle sur ses pensées; croyance surestimée que le sujet peut et doit contrôler ses pensées, et qu'en cas d'échec, des conséquences négatives s'appliquent. L'estimation de la menace; une exagération du risque ou de la gravité des résultats. L'intolérance à l'incertitude; l'importance d'être certain, croyance de ne pas parvenir à faire face au changement imprévu, incapacité de fonctionner en situation ambiguë. Le perfectionnisme; être convaincu qu'il existe une solution parfaite et que celle-ci demeure nécessaire. (Bouvard ,2006.PO8).

11. Les Trois types d'obsessions

11.1. Les obsessions idéatives sont les plus fréquentes. Elles sont représentées par l'intrusion répétitive d'idées (religieuse, morale, agressive...), de mots ou d'image mentales obscènes, dégoûtantes, absurdes.

11.2. Les obsessions phobiques

Ont un caractère anxiogène, elles concernent des peurs en rapport avec la crainte imaginaire d'une maladie (sida, cancer, etc.) d'une souillure (excréments, produits toxiques), ou d'une contamination (pollution, saleté, microbes).Ce qui est redouté ici, c'est la pensée de la situation ou de l'objet.

11.3 Les obsessions impulsives

Consistent en la peur de commettre, contre sa volonté, un acte agressif, absurde, immoral ou auto-agressif.

Conclusion

A la fin on peut dire que, Très longtemps méconnu, le Trouble Obsessionnel-Compulsif (TOC) est devenu ces dernières années particulièrement familières du grand public. Sur le plan scientifique également, le nombre de publications sur le sujet a presque triple ces 10 dernières années¹. Malgré l'intérêt grandissant pour ce trouble et le nombre impressionnant de travaux qui s'y sont intéressés, aucun modèle n'a encore réussi à rendre compte de manière satisfaisante de l'hétérogénéité et de la complexité qui caractérise cet état, on été intéressé dans ce chapitre de dévoilé certains aspect qui caractérise ce trouble et de le mieux comprendre.

L'INSIGHT

Préambule

La question de savoir comment l'insight et la capacité à consentir aux soins, sont interconnectés et importants sur le plan éthique, l'insight est un concept en partie axé sur les résultats, (conscience du respect du traitement, conscience des conséquences sociales de la maladie). On s'appuie sur ce concept d'INSIGHT dans la présence d'une pathologie psychiatrique telle que le Trouble Obsessionnel Compulsif (TOC).

1. La définition de l'insight

L'insight est un terme anglais traduit en français de manière approximative par différents mots :

(Conscience du trouble), (introspection), (dénis), (discernement).

Ces traductions de ces mots à une histoire différente et renvoient à une discipline particulière ; par exemple : l'anosognosie renvoie à une absence de connaissance de son hémicorps controlatéral à la lésion cérébrale, (dénis) et/ou l'introspection renvoie à des processus inconscients avec une connotation psychodynamique, de la même manière.

La traduction de l'insight en gestaltthérapie par la découverte soudaine de solution d'un problème et la capacité cognitive ou par la théorie de l'esprit.

Le terme d'insight est de plus en plus utilisé dans la littérature scientifique sans que l'on comprenne à quoi cela renvoie. L'utilisation de mot (conscience) doit être plutôt appréhendée sous un angle sémantique que celui d'une connotation habituelle.

Selon AMADOR et collaborateurs, en 1991 ont proposé de définir l'insight par la capacité à attribuer une cause aux symptômes de la maladie. (**Nematollah jffari.David danga.2012.p03.04**).

2. Comment comprendre l'insight

Le concept d'insight est une structure théorique qui nous aide à définir l'insight dans sa globalité, en identifiant les différents éléments qui le constituent. Il n'est pas réaliste d'essayer de capturer ce concept vaste dans une simple évaluation clinique. Chaque évaluation clinique ne touche qu'un des aspects du concept.

Le phénomène d'insight est la traduction empirique de l'insight. C'est un des aspects de l'insight que l'on choisit de mettre en évidence cliniquement. Par différentes mesures de l'insight on montrera des phénomènes d'insight différents. Pour la recherche, nous avons besoin d'appréhender aussi clairement que possible le phénomène spécifique d'insight qui est étudié. Il faut donc se poser la question de savoir quels facteurs déterminent le phénomène d'insight qui est obtenu cliniquement.

Les différentes mesures vont avoir une influence sur l'aspect du concept évalué. De plus, la manière dont ses mesures sont réalisées va avoir un impact sur notre compréhension du phénomène de l'insight. Il faut être conscient que le phénomène d'insight tel que nous le comprenons est en partie influencé par des facteurs interprétatifs, les jugements, le vécu du patient et du clinicien. En effet, l'expérience du clinicien par exemple, peut influencer son évaluation de l'insight chez un patient donné. Cette expérience singulière se jouera donc sur le phénomène d'insight obtenu par son observation.

L'objet de l'évaluation de l'insight : l'insight est un concept relationnel, pour exister, il doit se porter sur un objet nommé, « l'objet de l'insight ». En pratique clinique les objets de la mesure de l'insight sont nombreux. Cela peut

par exemple être les symptômes de la maladie : le déficit neuropsychologique, l'incapacité fonctionnelle... Ces objets peuvent être distingués d'au moins deux manières différentes, jouant là encore sur la compréhension du phénomène d'insight étudié.

3. L'objet d'insight en tant que catégorie sémantique

Certains ont affirmé que l'anosognosie rencontrée dans les pathologies neurologiques serait l'équivalent du faible insight observé dans les pathologies psychiatriques. Cependant, ces « objets » d'insight appartiennent non seulement à des catégories cliniques distinctes mais également à des catégories sémantiques distinctes, il est donc probable qu'ils donneront des phénomènes d'insight différents. Les pathologies psychiatriques appartiennent à une catégorie sémantique différente du déficit neurologique. La sémantique de la neurologie décrit une clinique de l'observable, facile à définir. En opposition, celle de la psychiatrie cherche à décrire des symptômes mentaux plus complexes, moins fixes, dans lesquels intervient l'aspect relationnel. De ces sémantiques différentes on obtiendra des phénomènes différents aux frontières étroites d'un côté, floues et instables de l'autre.

Au décours de cette réflexion, on se rend ainsi compte que l'insight est un concept complexe et sa considération en tant que symptôme pose un problème difficile à résoudre. Une considération de l'insight en tant qu'état mental permet de comprendre qu'il s'agit d'un processus dynamique variable en fonction des changements internes et externes. Ainsi, un patient avec un insight variable au décours du temps peut différemment consentir aux soins selon les phases de la pathologie. Les conséquences de l'insight en tant qu'état mental impliqueraient l'existence de certains aspects stables et résistants aux changements et d'autres aspects modifiables et variables dans le temps. En conséquence, l'insight en tant qu'état mental permet la construction d'une structure pour l'Insight (avec un I

majuscule) qui expliquerait ces changements et apporterait une compréhension des résultats contradictoires des études. On peut donc retenir que le choix d'une échelle psychométrique doit se faire en se posant trois questions : quel est le concept utilisé? Quel est le phénomène d'insight recherché? Quel est l'objet de l'insight ? (Nematollah jffari.David danga, 2012, p04 ,05).

4. L'étude du concept d'insight en psychiatrie

Le concept d'insight est étudié au début chez les schizophrènes avant d'être appliqué au TOC.

Le modèle le plus fréquemment utilisé propose trois dimensions de l'insight (David, 1990) :

- ▶ Capacité de l'individu à reconnaître qu'il souffre d'une maladie mentale;
- ▶ Capacité à interpréter les expériences psychotiques comme étant anormales.
- ▶ Assiduité au traitement.

Des observations suggèrent que ces dimensions ne s'appliquent pas intégralement aux patients souffrant d'un TOC.

L'insight des patients obsessionnels devrait être conceptualisé de façon :

- ▶ Cognitive
- ▶ Que médicale
- ▶ Individu atteint de TOC reconnaît qu'il souffre d'un trouble psychiatrique lorsqu'il n'est pas confronté à la situation qui déclenche ses obsessions.
- ▶ TOC est caractérisé par des pensées intrusives qui ne sont pas de nature psychotique. (A.ziri.K.saidene.A.massaoudi,2010,p08,09).

Le concept d'insight fut préalablement étudié auprès d'individus souffrant de psychose et de schizophrénie avant de l'appliquer au TOC. En effet, depuis les années 80, plusieurs modèles dimensionnels ont été élaborés pour définir l'insight chez les patients psychotiques (voir Markovo & Berrios, 1995). Le modèle dimensionnelle plus fréquemment utilisé propose trois dimensions de l'insight (David, 1990) : a) la capacité de l'individu à reconnaître qu'il souffre d'une maladie mentale; b) sa capacité à interpréter les expériences psychotiques (par ex., les hallucinations) comme étant anormales et c) l'assiduité au traitement. Un patient est assidu au traitement lorsqu'il accepte d'être aidé et lorsqu'il accepte de prendre ses médicaments. Il est important de préciser que ces trois dimensions ne font pas l'unanimité auprès des chercheurs qui étudient les troubles psychotiques parce qu'elles ne sont pas validées empiriquement (Markovo & Berrios, 1995). Des observations cliniques suggèrent aussi que ces dimensions ne s'appliquent pas intégralement aux patients souffrant d'un TOC. En effet, l'individu aux prises avec des obsessions peut reconnaître qu'il souffre d'un trouble psychiatrique lorsqu'il n'est pas confronté à la situation qui déclenche ses obsessions, par comparaison à l'individu psychotique qui a perdu contact avec la réalité. Pour cette raison, et parce que le TOC est caractérisé par des pensées intrusives qui ne sont pas de nature psychotique, l'insight des patients obsessionnels devrait être conceptualisé de façon plus cognitive (par exemple, comment l'individu interprète ses obsessions?) que médicale (par exemple, présence ou absence d'une maladie mentale?). Nous allons maintenant examiner comment l'insight se définit chez les individus qui souffrent d'un TOC. (Sébastien Grenier, 2007, p04).

5. Les trios disciplines de l'insight

Dans le souci de faciliter la compréhension de l'objet de l'insight, nous allons prendre un exemple dans trois disciplines différentes : la psychiatrie, les neurosciences, et la psychanalyse. Effectivement, chaque discipline a un développement historique, un langage, des structures différentes. Ce cadre va imposer la même structure au phénomène d'insight étudié dans cette discipline.

1) **En psychiatrie :** les objets choisis sont les pathologies mentales et les symptômes mentaux. Or c'est la psychiatrie qui donne forme à ces objets, c'est-à-dire la manière dont elle a développé ses concepts en lien avec des facteurs sociopolitiques, et la manière dont elle pense les processus mentaux. La façon dont la psychiatrie nous permet aujourd'hui de penser les troubles mentaux va déterminer l'objet de l'évaluation choisi dans cette discipline, et par conséquent déterminer le phénomène d'insight en rapport avec ces objets. Cette discipline conduit à penser des phénomènes complexes en lien avec le langage propre aux processus mentaux.

2) **En neurosciences :** l'objet choisi est une déficience neurologique ou neuropsychologique. Les théories qui se sont développées dans cette discipline sont différentes. Elles étudient l'insight par rapport à un déficit. Le langage qui porte la réflexion est celui de la neurologie qui explique les processus cérébraux en termes de lésions structurelles ou fonctionnelles ou celui de la neuropsychologie et du traitement modulaire de l'information. Cela influence la compréhension du phénomène d'insight qui présente dans ce domaine des frontières plus marquées, limitant l'insight à un concept plus étroit, encadré par le langage des processus cérébraux.

3) **En psychanalyse :** les objets comme le comportement, les motivations sont encadrées dans une structure encore différente. Dans ce cas, l'insight a été très

intégré dans le cœur de cette discipline qui s'intéresse aux processus conscients et inconscients. Le concept, qui découle des phénomènes observés, est encadré par le langage psychanalytique. (Nematollah jffari.David danga.2012.p04).

6. Les trois types d'insight

Trois types d'insight ont été proposés :

- 1- L'insight clinique est défini par l'aspect de l'insight relatif à la conscience de la maladie ;
- 2- l'insight cognitif est défini comme la capacité du patient à reconnaître ses distorsions cognitives et à en faire des interprétations erronées.
- 3- l'insight somato-sensoriel est défini comme la capacité du patient à reconnaître ses sensations somesthésiques. (Nematollah jffari.David danga.2012 p.05).

7. L'Approche Basée sur les Inférences

Une distinction entre les doutes obsessionnels (inférences primaires) et les conséquences anticipées (inférences secondaires)

La plupart des chercheurs évaluent l'insight des patients TOC à partir des conséquences anticipées en l'absence des rituels compulsifs, et ce, sans établir aucune distinction avec les doutes obsessionnels. Cette façon d'évaluer l'insight des patients TOC découle principalement du système de classification qui définit le TOC comme un trouble d'anxiété (DSM-IV-R : *American Psychiatric Association*, 2000). En effet, les troubles anxieux se caractérisent par l'anticipation de conséquences désastreuses. Par exemple, l'individu qui souffre d'obsessions de contamination anticipe habituellement de contaminer les autres s'il ne fait pas ses rituels. La présence d'un faible insight indiquerait qu'il ne reconnaît pas, la plupart du temps, qu'il est logiquement impossible de contaminer les autres selon le scénario appréhendé. Les modèles de

compréhension du TOC ont également contribué à évaluer l'insight à partir des conséquences anticipées. Par exemple, le modèle d'évaluation cognitive pour le TOC (*appraisal mode! Of OCD*) accorde énormément d'importance aux interprétations formulées par l'individu. Selon ce modèle, les intrusions cognitives représentent un phénomène normal largement répandu dans la population générale (Salkovskis & Harisson, 1984; Salkovskis, 1999). Ce qui différencie les sujets normaux de ceux qui souffrent d'un TOC, est comment la personne interprète ses pensées intrusives. Les patients TOC auraient tendance à accorder énormément d'importance à leurs pensées obsessionnelles.

En accordant beaucoup d'importance à leurs pensées et en dramatisant les conséquences anticipées, l'individu vit beaucoup d'anxiété. Cependant, une controverse existe actuellement à savoir si l'anxiété est centrale ou secondaire au TOC (O'Connor & Grenier, 2004; O'Connor, Aardema, & Péliissier, 2005). Dans les faits, l'individu ressent de l'anxiété parce qu'il anticipe la survenue de conséquences désastreuses. Par contre, l'anxiété n'est pas toujours présente lorsque les rituels ne sont pas exécutés. En effet, certains patients TOC ressentent plutôt un inconfort ou d'autres émotions négatives (ex: colère, tristesse, etc.). Une façon alternative de concevoir le TOC serait de considérer qu'il s'agit d'un trouble du raisonnement qui provoque de l'anxiété, et ce, plutôt qu'un trouble d'anxiété à proprement dit (Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand, & Todorov, 2005; O'Connor & Grenier, 2004; O'Connor et al. 2005).

Des travaux récents démontrent à cet effet que le TOC pourrait par certains aspects se rapprocher davantage de la schizotypie que des autres troubles anxieux (Aardema et al. 2005; Aardema, Kleijer, Trihey, O'Connor, & Emmelkamp, soumis pour publication; Enright, & Beech, 1990; O'Connor, 2002). L'Approche Basée sur les Inférences considère dans cette perspective le TOC comme un trouble du raisonnement (O'Connor et al. 2005; O'Connor & Robillard, 1995; O'Connor & Robillard, 1999). Ce modèle conceptuel découle

en partie des recherches de Johnson-Laird (1983, 1994, 1999,2001) sur le raisonnement. L'individu qui souffre d'un TOC se construit un modèle mental ou un narratif qui s'appuie principalement sur un raisonnement inductif (Pélicier & O'connor, 2002). Un raisonnement inductif, par opposition à un raisonnement déductif, est une opération mentale où l'individu généralise à partir d'expériences. Son modèle mental lui permet d'interpréter ce qu'il vit en tirant des conclusions à partir de faits. Souvent non pertinents ou non fondés qui viennent appuyer le doute obsessionnel. Par exemple, après plusieurs vérifications, le patient TOC peut toujours penser que sa porte est déverrouillée (inférence primaire) en se basant sur l'expérience que la voisine s'est déjà fait voler (fait non pertinent qui ne s'applique pas au contexte actuel). Ce narratif mental précède et appuie l'inférence primaire qui se présente sous la forme d'un doute obsessionnel. En effet, l'Approche Basée sur les Inférences considère que le doute initial (ex: peut-être que ma porte est déverrouillée?) est maintenu par un narratif idiosyncrasique qui justifie cette première pensée (inférence primaire) et qui, subséquemment, évolue jusqu'aux conséquences secondaires négatives (inférences secondaires). Étant donné que le doute initial est une inférence, il devient possible de mesurer le niveau de conviction à propos de ce doute en termes cognitifs. Concevoir le TOC comme un trouble du raisonnement permet de jeter un regard nouveau sur l'évaluation de l'insight et sur les dimensions cognitives qui devraient en faire partie. La conceptualisation de l'Approche Basée sur les Inférences utilise à cet égard trois dimensions cognitives pour évaluer les convictions obsessionnelles: a) jusqu'à quel point l'individu considère que son doute est probable dans le « ici et maintenant» (la probabilité des inférences primaires), b) si le doute s'avère fondé, jusqu'à quel point l'individu considère que les conséquences anticipées sont réalistes (le réalisme des inférences secondaires) et c) jusqu'à quel point l'individu est convaincu qu'il est nécessaire d'exécuter ses rituels afin de prévenir les conséquences appréhendées lorsqu'il est confronté ou non à la situation qui

déclenche son obsession (le degré de conviction quant au besoin d'exécuter les rituels pour prévenir les conséquences) (O'Connor & Robillard, 1995; O'Connor & Robillard, 1999). Le degré de conviction quant au besoin d'exécuter les rituels compulsifs ainsi que le réalisme des conséquences anticipées sont habituellement reconnus comme étant des dimensions de l'insight des patients TOC. Il est important de préciser que l'Approche Basée sur les Inférences ne remet pas en question l'importance d'évaluer les conséquences anticipées et le besoin d'exécuter les compulsions. Il agit plutôt comme un complément aux modèles cognitifs du TOC en suggérant d'évaluer une dimension supplémentaire (c.-à-d. les doutes obsessionnels). Les trois dimensions sont évaluées pour chacune des obsessions/compulsions étant donné qu'au même instant, l'individu peut avoir un degré de conviction faible par rapport à certains symptômes et présenter un degré de conviction élevé pour d'autres. De plus, pour une obsession donnée, le degré de conviction peut fluctuer à travers le temps. Par conséquent, il est préférable d'évaluer ces dimensions à des intervalles réguliers. Aussi, les degrés de conviction quant au besoin d'exécuter les rituels compulsifs sont évalués à l'intérieur et à l'extérieur de la situation qui déclenche l'obsession, car il a été démontré que l'insight fluctuait selon les contextes (voir Insel & Akistal, 1986). Sachant que l'insight des patients TOC est surtout évalué à partir des conséquences anticipées (inférences secondaires), l'évaluation des doutes obsessionnels (inférences primaires) a été très peu étudiée. Pourtant, les différents travaux de recherche sur le TOC et la schizotypie (Aardema et al. soumis pour publication; O'Connor & Grenier, 2004; O'Connor et al. 2005) et les résultats de recherche qui soutiennent que le TOC est un trouble du raisonnement plutôt qu'un trouble d'anxiété (Aardema et al. 2005; O'Connor & Grenier, 2004; O'Connor et al. 2005) soulignent l'importance de développer des modèles d'évaluation de l'Insight qui prend en compte la dimension des inférences primaires. En effet, une étude a démontré qu'environ 25 % des individus qui surinvestissent leurs doutes obsessionnels présentent en même

temps un niveau de conviction faible à propos des conséquences appréhendées (Grenier, O'Connor, & Bélanger, soumis pour publication). Par exemple, l'individu peut considérer que sa peur de contaminer les autres (conséquence anticipée) est plutôt irréaliste tout en croyant qu'il est fortement possible que ses mains soient présentement contaminées (doute obsessionnel). (Sébastien Grenier, 2007, p 11).

8. Les pensées obsessionnelles, surévaluées et délirantes en lien avec l'insight

La plupart des études différencient les pensées obsessionnelles des idées surévaluées, les obsessions des pensées délirantes et les idées surévaluées de celles qui sont plutôt délirantes; cette distinction s'effectue en faisant référence aux critères d'étrangeté et de résistance (Insel & Akistal, 1986; Kozak & Foa, 1994; McKenna, 1984). L'individu souffre d'obsessions avec un bon insight lorsqu'il reconnaît l'absurdité de ses croyances et lorsqu'il tente d'y résister. Par contre, les pensées de l'individu sont surévaluées ou délirantes lorsqu'il ne reconnaît pas leur caractère irrationnel et lorsqu'il s'y conforme sans résister. Dans de telles circonstances, on dit plutôt que la personne présente un faible insight. Toujours en considérant les critères d'étrangeté et de résistance, le modèle du continuum permet également de bien comprendre comment l'insight est relié aux trois catégories de pensées (Insel & Akistal, 1986). Selon ce modèle, l'insight varie sur un continuum où se retrouvent à une extrémité les obsessions (bon insight et bonne résistance) et à l'autre extrémité, les idées délirantes (absence d'insight et absence de résistance) (Eisen & Rasmussen, 1993; Eisen et al., 1999; Foa et al., 1995; Insel & Akistal, 1986; Kozak & Foa, 1994; Marazziti et al., 2002; ÜDwyer & Marks, 2000; Türksoy et al., 2002). Il est énoncé comme hypothèse que les idées surévaluées représentent une condition intermédiaire (faible insight et résistance modérée) située à mi-chemin entre les obsessions et les idées délirantes de ce continuum. Il est important de

mentionner que les chercheurs ne sont pas unanimes quant à son existence. Ces derniers remettent effectivement en question le postulat selon lequel l'idée surévaluée découle de l'obsession, processus de développement peu appuyé empiriquement (Kozak & Foa, 1994). Malgré la définition proposée par la dernière version du DSM d'un TOC avec faible insight et des comparaisons effectuées entre les obsessions, les idées surévaluées et délirantes, le concept d'insight et sa définition suscitent toujours, malgré tout, des controverses dans les écrits scientifiques. Puisque les chercheurs ne s'entendent pas sur les définitions proposées, l'insight des individus souffrant d'un TOC est par conséquent évalué de différentes façons d'une étude à une autre. (**Sébastien Grenier, 2007,p 06**).

9. Le lien entre un faible insight et la capacité à consentir

En médecine, la relation médecin malade a un impact important sur l'évaluation de la capacité d'un patient à consentir aux soins. La compétence du patient est habituellement évaluée de manière implicite par le médecin au décours d'une consultation en tenant compte de sa conscience de la maladie. L'existence d'une pathologie psychiatrique peut d'emblée signifier que le patient est incompetent, en partie à cause d'un faible insight. Le problème posé dans ce cas, est de savoir quelle est la définition utilisée pour évaluer l'insight. Par exemple, l'utilisation d'une définition catégorielle (présence/ absence) de la conscience de la maladie dans l'étude de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) a rapporté que 70 % des patients présentant un diagnostic de schizophrénie avaient un faible niveau de la conscience de la maladie alors que l'utilisation d'une définition multidimensionnelle de l'insight par Amador et al., 1994, a permis de démontrer que seuls 32 % des patients avaient un faible insight, 25,3 % un insight modéré et 40,7 % présentaient un bon niveau d'insight Il est donc important de bien comprendre le concept d'insight, car il occupe une

place centrale dans l'évaluation de la capacité à consentir aux soins. Paradoxalement, on signale peu d'études sur la capacité à consentir aux soins et

L'insight dans les pathologies psychiatriques. . (Nematollah jffari.David danga, 2012, p02).

10. Le TOC avec faible insight selon le DSM IV

pour souffrir d'un trouble obsessionnel-compulsif (TOC), l'individu devait reconnaître, en tout temps, le caractère irrationnel de ses obsessions ou de ses compulsions (DSM-III-R: APA, 1987, voir Kozak & Foa, 1994; Ito, Araujo, Hemsley, & Marks, 1995; Lelliott, Noshirvani, Basoglu, Marks, & Monteiro, 1988) et devait tenter d'y résister (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1992, voir Ito et al., 1995; Lelliott et al., 1988). Par contre, plusieurs chercheurs ont noté que les individus aux prises avec des idées obsessionnelles ou avec des compulsions n'en reconnaissaient pas toujours le caractère irrationnel (Foa, 1979; Kozak & Foa, 1994). De plus, même si la personne demeurait convaincue que ses obsessions étaient complètement insensées, elle pouvait continuer à avoir peur des conséquences éventuelles si elle n'exécutait pas son rituel (Insel & Akistal, 1986; Ito et al. 1995; Lelliott et al. 1988). À la lumière de ces faits, quelques modifications ont été apportées aux critères diagnostiques du DSM-IV (APA, 1994). L'individu doit maintenant reconnaître, à un moment durant l'évolution de son trouble, que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées. Selon les critères diagnostiques d'abord établis dans le DSM-IV (APA, 1994), puis dans le DSM-IV-TR (APA, 2000), il est possible de spécifier que l'individu souffre d'un TOC avec faible insight si, la plupart du temps, durant l'épisode actuel, il ne reconnaît pas le caractère irrationnel de ses obsessions et/ou de ses compulsions. Malgré cette spécification, aucune procédure d'évaluation de l'insight n'est proposée dans le DSM. Une question se pose donc ici: comment évaluer l'irrationalité des obsessions et des compulsions? Avant de répondre à cette question et pour mieux comprendre le

concept d'insight, il est important de différencier trois catégories de pensées. (Sébastien Grenier 2007, p 05,06).

11. Les différents facteurs qui peuvent influencer l'insight et son évaluation

Différents facteurs qui devraient être considérés durant l'évaluation de l'insight des patients TOC seront justement abordés ici. Premièrement, les concepts d'obsessions, d'idées surévaluées et d'idées délirantes seront clairement définis et distingués. Deuxièmement, pour bien comprendre comment l'insight est relié à ces trois concepts, un modèle qui explique la transition d'une obsession vers un délire sera présenté et critiqué. Troisièmement, les principaux questionnaires qui évaluent l'insight des patients TOC seront présentés et critiqués. En réaction aux limites de ces questionnaires, un modèle cognitif et multidimensionnel de l'insight des patients TOC sera ensuite proposé : l'Approche Basée sur les Inférences. Quatrièmement, les principales recherches qui se sont intéressées au degré d'insight des patients TOC seront exposées et divisées en deux sections: celles qui se sont intéressées aux caractéristiques cliniques et ou sociodémographiques des patients TOC avec un faible insight et celles qui se sont penchées sur les liens entre l'efficacité des thérapies et la présence d'un faible insight.

Des critiques seront formulées à l'endroit de ces études. Cinquièmement, d'autres facteurs qui peuvent influencer le degré d'insight des patients TOC seront présentés. En terminant, nous formulerons des recommandations pour évaluer l'insight des individus qui souffrent d'un TOC. (Sébastien Grenier, 2007, p 27,28).

Conclusion

A fin de ce chapitre on constate que, l'insight est un concept complexe. La recherche empirique sur l'insight en rapport avec la capacité à consentir aux soins est entravée par des complexités propres au concept. La compréhension de

ces complexités nécessite de faire une distinction entre le concept, le phénomène, et l'objet de l'insight. Le phénomène et que l'insight des patients TOC varie d'une personne à une autre.

PARTIE PRATIQUE

**LE CADRE
MÉTHODOLOGIQUE
DE LA
RECHERCHE**

Préambule

Dans ce chapitre on va se concentré sur un cadre méthodologique de notre recherche .on se basons sur la méthode clinique pour valide l'efficacité de notre travail ,ses étapes ses outilles de recherche , le test de la méthodologie ,ce distingue d'une recherche a une autre selon la nature de recherche ,et déterminé par la nature du thème et les objectifs de la recherche tous ca pour qu'on puisse arriver à notre objectif de l'étude .on est concerné dans ce moment de ce penché au cote méthodologique et pratique de ce travail qui vat nous permettes d'arriver aux résultats obtenus .

Après cet indispensable préambule nous allons rendre compte a partir d'une rencontre avec un sujet atteint de la maladie d'obsessionnelle compulsif, des spécificités de l'entretien avec un patient souffrant de cette maladie.

1. La méthode de l'étude

La méthode utilisée dans notre recherche est déterminée par la nature et la qualité du thème et les objectifs de la recherche.

Selon Maurice Angers la méthode c'est l'ensemble des procédures, des démarches précises adoptées à un résultat. (Maurice Angers-1997 p09).

* Nous avons opté pour l'étude de cas.

1.1. Définition de l'étude de cas

C'est l'observation approfondi et prolongé d'un sujet dans le bute d'une étude, il s'agit ici de gêné de problème qui nécessite l'étude, complète, détaillai de deuxième siècle concernant des problèmes de type appliqué. (**Omar Aktouf,1987,p102**).

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques, elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un group d'individu.

L'étude de cas c'est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font référence. C'est une méthode pratiquée déjà par les premiers psychopathologues comme Freud ou Janet pour décrire les névroses et illustrer des hypothèses théoriques ; elle a été également pratiquée en médecine pour décrire des maladies et leur évolution. (**Khadija Chahraoui, Hervé Bénony, 2003, p.125,126**)

Ainsi l'étude de cas, permet de décrire des phénomènes anormaux, typique, fréquent, rare de faire une hypothèse sur la personnalité d'un sujet, sur l'étiologie ou le traitement des troubles psychiques. la mise à l'épreuve de cette hypothèse réussite bien dans l'étude de cas.

1.2. La pré-enquête

La pré-enquête est une phase de terrain aussi précoce dans les butes essentielles sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valide, fiable renseigné et justifier. la pré-enquête permette de fixer, en malheur connaissance de cause, des objectifs précise, aussi bien finaux que partiel, que le chercheur aura à réalisé pour vérifier ses hypothèses. (**Omar Aktouf, 1987, p102**)

comme première étape de notre travail nous avons élaboré une pré-enquête qui est une étape préliminaire d'une étude à laquelle il faut établir les limites de l'objet d'étude et préciser la manière de réaliser notre travail, cette pré-enquête à pour mieux connaître le terrain d'investigation.

Notre pré-enquête a été réalisé sur deux personnes et qui a duré deux semaines et pendant ce temps on a testé le guide de l'entretien et l'échelle de l'inventaire de Padouva (IP).

Celle-ci s'est réalisé durant les deux premières semaines de la rencontre de l'organisme, ce procédé nous a permis de disposer d'éléments d'appréciation sur notre entretien qui nous ont aidés pour son amélioration.

L'objectif de cette étape (la pré-enquête) c'est la collecte des données c'est-à-dire corrigé le guide d'entretien, la fiabilité du test vérifier l'échantillonnage la sélection des critères d'inclusion et d'exclusion, et la faisabilité de notre thématique.

2. L'échantillon

Une fois le problème définit et l'hypothèse posé, lorsque on s'est assuré que c'est bien l'enquête, venant éventuellement en complément d'autre technique, qui constituer la méthode la mieux adapté pour sélectionné notre échantillon.

Notre choix d'échantillon été sélectif c'est à dire des personnes ayant le toc seulement et pas d'autre trouble.

2.1. Critère d'inclusion

Nous volons étudier l'ensemble d'échantillon de la population, qui réponde aux critères fondamentaux suivant de notre problématique, qui sont :

* Notre population d'étude est basée sur les quarts personnes âgées entre 23 et 52 ans. (Trois femmes et un homme) prendre en charge par un motif de consultation pour un trouble obsessionnel compulsif.

*être adulte dans le bute d'une bonne prise de contacte psychologique.

*Début du trouble, chez notre échantillon est au mion deux ans concernant les quarts cas traités.

*Pas d'antécédent psychiatrique, le sujet ayant pas d'autre trouble ou maladie psychiatrique.

*être suivi par le psychiatre de service, ou prise en charge par le psychologue pour un trouble obsessionnel compulsif.

2.2. Critère d'exclusion

*concernant l'état intérieur de notre patient, prescrit par l'absence d'un trouble associé au toc.

*tout malades, sont pas dans un état d'agitation motrice, ou un manque physique c'est-à-dire pas d'handicape.

3. Présentation de l'organisme d'accueil

Pour bien planifier notre recherche sur la partie pratique de la thématique, nous avons choisi le centre de **TOXICOMANIE** à Bejaia, Just à coté de L'**EPSP** (l'établissement publique de santé de proximité) et d'autre coté il ya la **DAS** (direction d'action sociale).

Le centre intermédiaire de soins aux toxicomanes est dédié pour la prise en charge des toxicomanes, de toute autre wilaya de Bejaia.son rôle est d'abord préventif (sensibilisation et physiothérapie) puis curatif dans un deuxième lieu (psychothérapie, entretien motivationnel, et réadaptation).

Le centre se compose, d'un service d'accueil. Un service médical, un service social, un service psychologique, un service d'ergothérapie, un service de prévention et de communication.

Dans le service psychologique ou on à pratiqué notre thématique chez une psychologue, il ya deux bureaux de consultation psychologiques, bureau pour consultation psychiatriques. Le centre contient aussi un laboratoire, un bureau pour médecin généraliste.

4. Les outils d'études

4.1. L'entretien clinique de recherche

L'entretien utilise comme méthode d'observation pour juger de la personnalité d'un sujet .ce procédé qui fait partie de tous les examens psychologique facilite la synthèse des divers résultats obtenu, il est employé couramment en psychologie clinique.

L'entretien clinique de recherche permet la solution des problèmes du patient et à été adopte par les psychologues industriels et militaires pour sélectionner les cadres et les officiers, il existe différents techniques d'entretiens (on questionne ou on laisse parler sans intervenir par exemple) mais la conversation se déroule toujours dans un climat bienveillant dans lequel le sujet peut s'exprimer librement. (**Norbert Sillamy, 2003, p101**)

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans uns grand nombre de discipline des sciences humaines. C'est notamment le cas de notre étude clinique, la recherche dans ce domaine à pour objectif de créer des connaissances nouvelles et de permettre des généralisations. (**Bonny Het K chahraoui, 1999, p 62**)

Nous avons choisie l'entretien semi- directif :

4.2. Entretien semi-directif :

Est une technique d'enquête qualitative fréquemment utilisé dans la recherche de type sociologique, même psychologique il permet d'orienter en partie (semi-directif) le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignes dans un guide d'entretien il peut venir compléter et approfondie des Domaines spécifiques lier a l'entretien non directif qui se déroule librement à partir d'une question.

Il assure la comparabilité des résultats, a pour but de garantir l'étude de

L'ensemble des questions qui intéressent l'enquêteur.

L'objectif de notre entretien semi directif est de recueillir des informations concernant le patient pour mieux comprendre et mieux analysé les résultats.

4.3. Le guide de l'entretien :

Ce guide d'entretien comporte quatre axes qui se présentent comme suite :

-Axe1 : renseignements généraux :

Dans le but de connaître les connaissances de sujet.

-Axe2 : santé psychique et physique de patient avant ce trouble.

Cet axe nous permet de dévoiler les antécédents pathologiques extérieures au trouble obsessionnel compulsif.

-Axe3 : le vécu psychique et comportemental au début de trouble.

L'objectif de cet axe est d'entourer le vécu psychique et comportemental au moment de ce trouble.

-Axe4 : obsession et compulsion.

Cet axe a pour objectif de déterminer et de dégager les symptômes de trouble obsessionnel compulsif.

5. Présentation de test

5.1. Définition

L'Inventaire de Padova (Padua Inventory [PI] : Sanavio, 1988) est un questionnaire auto administré qui comprend 60 items mesurant les symptômes obsessionnels compulsifs, dont certains ne sont pas inclus dans d'autres instruments de mesure. Contrairement à plusieurs autres questionnaires, cet instrument possède l'avantage de distinguer la composante obsessionnelle des éléments

compulsifs. La version de Van Oppen et ses collègues (1995) a été utilisée pour identifier les sous-types prédominants (voir Julien et al. 2006). Cette version du Padova présente d'excellentes propriétés psychométriques avec un indice de consistance interne satisfaisant (Alpha de Cronbach = 0,89). De plus, il discrimine les patients souffrant d'un TOC des autres sans trouble psychiatrique. Il différencie aussi les individus souffrant d'un TOC de ceux aux prises avec une phobie sociale ou un trouble panique (Van Oppen, Hoekstra, & Emmelkamp, 1995) (**Sébastien Grenier, Juin,2007,p,161**).

5.2. Passation du test

Doit être utilisé sous la forme d'un entretien semi-structuré d'évaluateur devra évaluer les items dans l'ordre imposé par l'auteur, cependant l'évaluateur rester libre de poser des questions supplémentaires s'il souhaite avoir des éclaircissements. Si le patient donne volontairement certains nombres d'informations au cours de l'entretien, ces derniers seront précisés en considération l'évaluation sera limitée aux éléments d'information et d'observation obtenus pendant l'entretien. Si vous estimez que l'information obtenue paraît progressivement inexacte. Alors l'honnêteté de patient sera mise en cause, et ceci sera noté à la fin de l'entretien. (**E mollard, j cottraux m bouvard.1989.p336**).

5.3. Consigne :

Avant d'aller passer le test de L'INVENTAIRE DE PADOVA, on est censé dévoiler aux patients la consigne suivante :

«...les énoncés suivants réfèrent à des comportements qui peuvent survenir à tous les jours dans la vie de chacun. Pour chacun des énoncés, choisir la réponse qui semble le mieux vous décrire en tenant compte du degré de perturbation que ces pensées ou comportements peuvent vous causer. Cotez vos réponses comme suit...».

5.4. Interprétation

Ce questionnaire comprend 60 items qui évaluent les dimensions comportementales et cognitives du TOC: la contamination, la vérification, le contrôle mentale, les impulsions et les précisions. Les qualités psychométriques de cet instrument sont excellentes (Freeston, Ladouceur, Thideau & Gagnon, 1994). Cette mesure d'auto-évaluation est utilisée dans plusieurs pays dont les Etats-Unis, le Canada, l'Australie, la Hollande et l'Angleterre. **(Danielle Vézina, mars ,1998 p23).**

Le score global de test ; l'inventaire de padova(IP) est composé de la somme des notes obtenues aux 60 items. Sanavio préconise également de calculer les 4 dimensions qu'il a retenues à partir de 1 000 sujets italiens issus de la population générale :

- **facteur 1** : contrôle affaibli sur les conduites mentales ; somme des items 11-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-43-44-59 ; pour obtenir le score moyen du Facteur 1 , il suffit de diviser le total par 17 .
- **facteur 2** : contamination ; somme des items 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-60 ; diviser le total par 11 pour obtenir le score moyen du facteur contamination .
- **facteur 3** : vérification ; somme des items 18-19-20-21-22-23-24-25 ; diviser le total par 8 pour obtenir le score moyen du facteur vérification .
- **facteur 4** : inquiétude sur le contrôle moteur ; somme des items 46-47-49-53-54-55-57 ; diviser le total par 7 pour obtenir le score moyen du facteur 4.

5.5. L'objectif de test

Ce questionnaire mis au point par Sanavio (70) permet d'évaluer les obsessions et les compulsions ouvertes (lavage et vérification) et mentales

(contrôle affaibli sur les activités mentales et inquiétude sur le contrôle des conduites motrices). Il en existe une version française réalisée par Freeston et al. Cet inventaire est intéressant dans l'évaluation du TOC, en particulier pour identifier les patients souffrant de ruminations mentales.

L'objectif de cet échelle est de mesurer la gravité et le type des symptômes par les patients sous forme d'obsession et de compulsion. En règle générale, les items sont cotés selon ce que disent les patients, cependant, si le jugement clinique de l'évaluateur détermine le score final, il s'agit d'évaluer les caractéristiques de chaque item pendant la semaine qui a précédé l'entretien d'évaluation. (Le temps de l'entretien étant inclus dans l'évaluation) Les scores doivent refléter la survenue de chaque item pour la semaine écoulée. Cette échelle

6. Les obstacles rencontrés durant la recherche

Dans notre étude, on a rencontré des obstacles, le premier obstacle majeur c'est le manque d'échantillons concernant notre thématique, les TOC. Durant deux mois, on a juste eu quatre cas dans notre établissement de recherche à cause du fait que les patients ne veulent pas continuer le traitement psychologique, comme il y a aussi un autre obstacle qui concerne le manque de ouvrages surtout sur la thématique de notre étude, la difficulté de communication avec les patients, surtout ce qui concerne la traduction de guide de l'entretien et les questions de test, autrement dit les difficultés d'expliquer aux patients le but du test et d'avoir une passation avec lui à cause de la langue du test qui est composée de 60 questions. Cela a fatigué le patient, la difficulté de traduire certains termes de la langue kabyle à la langue française pour rédiger les cas. On a trouvé certaines difficultés encore avec des patients qui n'acceptent pas les stagiaires, surtout les femmes.

Conclusion :

Cette partie précédant est très important pour toute recherche, dans l'import quel domaine, c'est un chemin à suivre tout au long de votre recherche.

Plus on suivre avec détaille notre méthodologie de recherche, plus on est dans la validité des résultats, d'une manière objective, par apport à la pratique de notre recherche.

**PRESENTATION
ET ANALYSE
DES
RESULTATS**

La présentation de 1^{er} cas

Le premier sujet qu'on a consulté dans notre recherche, s'agit de Melle HAKIMA âgé de 30ans célibataire habitée à Bejaia, avec un niveau d'étude de 3^{em} année universitaire spécialité en littérature ARAB. le deuxième de la fratrie, 7 filles et un garçon, elle travaille comme une enseignante remplaçante dans l'école primaire. Elle issue d'une famille moyenne.

Présentation des données de l'entretien clinique

Le début de son trouble s'est en 2011 ou son trouble devenu grave et insupportable, une souffrance, avant ça elle a eu des obsessions mais elle ne leur ne donne pas de l'importance.

Lors de l'entretien, elle est bien présente sa tenue vestimentaire est correcte et s'assoit correctement quand elle rentre dans le bureau de consultation,

Le sujet ne présente aucune maladie organique, sauf une petite allergie, elle a contacté un psychologue privé en 2012 elle manifeste une maladie psychologique toc puis il a orienté vers un psychiatre, ce dernier la suit pendant 4 mois au anxiolytique et antidépresseur, la patiente a refusé la prise médicamenteuse parce qu'il n'y a pas de résultats, elle a préféré de suivre la thérapie psychologique elle a commencé de raconter sa souffrance.

L'enfance de Hakima est qualifiée de normale, une relation trop attachée à sa mère, elle était calme, éduquée, douce, timide, elle ne manifeste aucun échec.

Le début de trouble c'est depuis qu'elle a vécu un traumatisme durant son enfance, en première année d'étude, à l'âge de huit ans et neuf ans a commencé à manifester certains symptômes et indices, suite à un événement dans son école comme elle raconte d'après le sujet avec une grande timidité et elle hésite de

raconte ce qu'elle a vécu ,elle nous a dit «...quand j''était petite avec un niveaux de 4eme année primaire un jour ,le matin quand on a été dans la salle dans la science de mathématique la fin de la séance suit le prof au son de la sonnet tout les élèves sortent ,et moi le prof ma Apple et ma dit resté dans la salle puits il s'assoit dans le bureaux et moi en face ,il me fait l'ordre de touche San organe sexuelle mai c'est incroyable je support plus sincèrement j'ai été très stressée choqué ,j'arrive pas à respiré depuis ce jours la j'ai un problème de respiration...»

Hakima à eu un événement qui est le déclenchant de sa situation grave, elle nous à dit«...une foie quand j'était dans le cous universitaire avec ma sœur le soir vers la maisons ,une fille devant nous ,soudaines elle commencé a repère rapidement , médiatement elle tombe et évanouie , puis la patiente souvient son événement a partir de ca elle vérifie sa respiration à chaque foi, sa devient des obsessions impulsif et tous ce qui est moraux .

La patient verbalise cette période de dire«...j'étais perturbe, et je sens que je suis la seul qui soufre comme sa je ne peux pas vivre comme sa tout ma vie. »

Elle a aussi un problème de déplacé par la voiture ou voyagé par le bus a cause de ce trouble respiratoire, elle évite de voyager tout seule de peur qu'elle va tomber a cause de malaise dans la respiration, quand elle s'assoit devant autre elle s'isole pour qu'ils ne voient pas qu'elle respire trop, elle nous a dit que «...quand je vois une personne malade je sens que je ne suis pas bien».

D'âpre elle, dit que «...je passe le temps dans ma chambre tout seul entrain de faire mes activités.» Quand la patient trouve des difficultés de contrôler sa respiration elle se sent stresse et angoissé, et encore perturbe plus, comme elle nous a dit «...je sens que j'ai une grande confiance a moi quand je refaire mes activités a chaque fois comme une victoire sans avoir le dégoût, mais je sais que ce comportement bizarre».

Présentation et analyse des résultats du test

Nous vous présentons les résultats de notre étude, suite à la passation de test de «L'inventaire de Padova IP» ainsi on a obtenu les résultats suivants :

Tableau N°:01

RESULT AS DU TEST	CONTRO LE AFFAIBLI SUR DES CONDUIT ES MENTAL ES	CONTAMINATI ON	VERIFICATI ON	INQUIETU DE SUR LE CONTROL E MOTEUR	NIVEAU D'INSIG HT
CAS : HAKIMA	3.11	1.81	1.37	0.42	Bon insight

Ce tableau qui comporte une série d'analyse, sur le cas de M^{elle} HAKIMA nous a montré les différents scores sur différents facteurs de cet échelle.

Hakima a eu un score très élevé sur un facteur qui est, le contrôle affaiblit sur des conduits mentales, un score de (3.11) par rapport aux autres facteurs ; le facteur de contamination (1.81), vérification (1.37), et inquiétude sur le contrôle moteur (0.42).

Parmi ses scores, le plus élevé c'est le facteur de contrôle affaiblit sur des conduites mentales (3.11), ce qui nous a montré que le sujet a perçu sa maladie, et il est conscient de ses comportements irrationnels, ainsi ses pensées obsédantes. Tout cela signifie que M^{elle} HAKIMA a un bon insight ce qu'elle a confirmé dans l'entretien semi-directif on ditons que la patiente a perçu sa maladie

d'après ses justifications comme elle dit : «...j'étais perturbé, et je sens que je suis le seul qui souffre comme ça, je ne peux pas vivre comme ça toute ma vie... »

Conclusion du cas

M^{lle} HAKIMA a un trouble de type impulsif, elle est consciente de son trouble, elle vérifie l'impact de son état sur sa vie, comme elle a justifié ses symptômes. Durant l'entretien, nous indiquons au dernier que le sujet a développé une attitude positive envers son trouble.

Selon le test, de L'INVENTAIRE DE PADOVA, et l'interprétation des résultats, on a confirmé que le sujet a une bonne insight, parce qu'il a présenté une image claire qui porte une bonne explication sur sa maladie.

Présentation de 2^{ème} cas

Le 2^{ème} cas que nous allons présenter dans notre étude, et ce celui d'un jeune homme qui s'appelle Yassine âgé de 32 ans habitant à Bejaia, il est issu d'une fratrie de 5 dont 3 garçons et 6 filles, à un niveau de 3^{ème} AS(BAC), célibataire, il travaille comme gendarme en 2006 pendant 4 mois.

Présentation des données de l'entretien clinique

Le sujet a vécu une bonne relation avec sa famille, il préfère pratiquer le sport surtout le karaté. Un enfant calme éduqué, il ne présente aucune maladie organique, d'ailleurs il n'a jamais été hospitalisé. Il commence l'apparition d'un trouble psychologique qui est le trouble, il a vécu des périodes difficiles à l'âge de 12 ans, le début de son trouble par raisons des attaques de paniques, il a dit «... à cet âge j'ai senti que je ne suis pas comme les autres, d'ailleurs personne n'a remarqué ma souffrance et mon état intérieur, vraiment je souffre trop... »

En 2010 le sujet a décidé de prendre en charge chez un psychologue parce qu'il n'arrive pas à supporter ses souffrances.

C'est un homme très robuste avec une taille moyenne, visage inquiet, très propre et bien organisé il pose beaucoup des questions sur son état, il est curieux d'avoir comprendre son trouble ; il un peut timide. Selon le sujet «en 2010, j'avait vécu des angoisses, des insomnie et une peur comme un insécurité ...», il se parle librement sur sa situation gênant surtout au niveaux de son travail«... je soufre énormément ,quand je veut voyager je suis obliger d'avoir une place devant la fenêtre ,pour compté les arbres et les potos d'électricité un par un ,je sent aussi le besoin de compté les escalier aller et retour , et a chaque foi j'oublie de compter une ou deux je réfère des le début ,sincèrement sa me dépasse. »

Le patient n'arrive pas a supporté son état au point que si une chose tombe sur la terre il n'arrive jamais récupéré «... j'ai perdu plusieurs chose a cause de ce comportement qui est plus que moi. »le trouble de patient se manifeste aussi par des idées obsédants et les contraintes compulsives telle que la méfiance et la peur d'être surprit de dire quelque chose de pas bien, ces idées la qui se vient dans le vide ou le sujet a aucune occupation et tout seul«... A chaque foi que j'essaie de les chasser (les pensés obsédants) elles reviennent énormément, elles me laissent pas allaise.»

Présentation et analyse des résultats du test

Après avoir terminé l'entretien avec le jeun homme YASSIN, et d'après notre recherche on est sensé de lui passé un test de «**L'inventaire de Padova IP**» et suit à ce dernier on à obtenus les résultats suivant :

Tableau N°:02

RESULTATS DU TEST	CONTROL E Affaibli Sur des conduites mentales	Contaminatio n	Vérificatio n	Inquiétud e sur le contrôle moteur	Niveau D'insight
CAS : YASSIN	2.05	1.81	1.87	0	Bon insight

Les résultats obtenus par YASSIN dans la passation de test montrent que ce dernier à un score de (2.05) dans le facteur de contrôle affaibli sur des conduites mentales ,cette dernier que nous à prouver qu'il est dans la perception de sa maladie malgré qu'il eu des scores faible dans des autres facteurs comme le facteur de l'inquiétude sur le contrôle moteur (0) ,mais il nous à présenté un coté très important qui concerne sa maladie comme la contamination avec un score(1,81)ainsi que la vérification (1,87)qui signifie que le sujet il est conscient de son état irrationnelle .

Dans l'entretien semi-directif on conclue que le sujet à accepté sa maladie, car il à présenté ses souffrances et ses difficultés vis à vie de l'entretien, comme il manifeste une bonne image sur son insight «... je souffre énormément ,quand je veut voyager je suis obliger d'avoir une place devant la fenêtre ,pour compté les arbres et les potos d'électricité un par un ,je sent aussi le besoin de compté les escalier aller et retour , et a chaque foi je oublie de compter une ou deux je réfère des le début ,sincèrement sa me dépasse. »Donc on montre que le niveau d'insight est fort justifier par le Scor de ses repenses sur le test de l'inventaire de padova IP.

Conclusion de cas

Après avoir effectué l'entretien clinique avec le cas de Yassine, on constat qu'il s'agit d'un trouble obsessionnelle compulsive de type phobique (les idées obsédants et idéatives (il compte les escaliersetc.) on y effectuer un test pour mesuré le degré d'acceptation de son trouble et son niveaux d'insight qui est confirmé par un bon insight, le sujet est conscient de sa maladie.

Présentation de 3^{ème} cas

Le cas de M^{elle} Noura, âgé de 23 ans, célibataire, étudiante, licencié en droit. Actuellement elle est entrain de continuer ses études en Master à l'université de Bejaia. Issu d'une famille simple, elle est l'ainé d'une fratrie de 09 dont 05 filles et 04 garçons.

Présentation des données de l'entretien clinique

Le sujet à une forte relation avec toute les membres de sa famille, surtout son attachement à sa maman, son truche préféré à faire c'est de complété son temps vide avec l'utilisation de crochet et la broderie. Elle aime aussi la prière.

D'après le sujet son enfance était calme avec sa famille ,éduqué elle n'a pas eu aucun échec_scolaire ,elle était excellente pendant son parcours d'étude ,timide., elle ne présente aucune maladie organique ou psychologique et elle n'a jamais était hospitaliser ou consulté un psychologue auparavant .Elle a visité des médecins généralistes Just pour des petites maladies comme la grippe saisonnière des petite allergies, selon lui son Trouble à commencé en 2013,elle a était en 2^{ème} année universitaire ,elle a commencé par une dépression ,suite à un accèdent de voiture avec son père et ses deux frères ,elle a consulté un conseilé a l'établissement académique de l'éducation ,elle préfère de suivre la thérapie psychologique.

Elle dit «Après cette événement j'ai vu des rêves, comme si un malheur ou un danger qui va toucher ma famille surtout mes frères, et quand je me lève le matin je sens que je dois tous faire pour éviter c danger de ma famille. Avec très sentiments de d'désespoir »

L'état actuel de Noura est anxieuse, son discoure riche et elle nous parle que de sa souffrance avec une voix audible, centrer sur ces idées de d'espoir « ...je sens que je suis responsable de tout le malheur qui nous arrive moi et ma

famille »'.a cause de tout ça la patiente fusait des peurs que ses rêves se réalisent ,elle fusait aussi des rituelles, telle que la répétition de la prière plusieurs fois ,elle se trouve obligé de faire le lavage à fin d'évité tout péché ,elle fusé des dents de charité rien que pour les rêves ne se réalisent pas.

La patiente contenu à verbalisé son état, et d'âpre elle ; âpre l'accédant de quelques jours ,elle à eu un sentiment de culpabilité «...j'ait vue de sang sur le visage de mon frère ,j'ait pleuré et j'ai dit pourquoi c'est pas moi qui a blessé, mon frère à des enfants et une femme ,mais moi j'ai rien à perdu ...»suit à cet événement elle s'inquiète toujours sur ces cinq (05) frères(garçon), et elle fait le rituel et les calcules d'après le chiffre cinq(05). «...je répète de faire le lavage et la prière cinq fois toujours, quand je prend le bus je préfère de s'assois dans la 5^{ème} place » de peur que si elle répète quatre(04) fois, l'un de ces frères vas être en danger et au risque d'avoir réalisé sur lui le rêve, «...je s'ai pas c'est quoi ça mais je souffre beaucoup, j'arrive pas à accepté ma situation, je pense toujours que ya quelque chose de mal qui va se réaliser ... ».

Avec le temps, sa maladie à gravé au point qu'elle a eu un échec scolaire «...l'ors de l'examen malgré je sais la bonne repense, mais je ne peux pas la citer de peur que, je réussis, et mes amis eux un échec ca me dépasse...».le sujet eu aussi un ralentissement des activités, elle s'isole, évite ses amis, évite les fêtes, et de bien son habillé.

Le sujet dans cette période elle à réagit par des états de pleure, triste dépassé par des idées, elle sente toujours le besoin de vérifiée les choses surtout ses rêves «...je sais que, je perde de temps, je ne trouve pas le temps pour la révision...».

L'ors d'un examen psychologique, la psychologue décide de lui à orienté vers un psychiatre, qui lui à prescrit un antidépresseur et un anxiolytique .la patiente

s'améliore de plus en plus car elle à comprit ce qu'elle avait comme un trouble, malgré qu'elle refuse toujours de prendre le traitement.

Suite à l'entretien clinique élaboré avec le cas de M^{elle} NOURA, on constate qu'elle manifeste un trouble obsessionnel compulsif(TOC), preuve par sa parole«...je répète de faire la prière et de lavage cinq fois toujours, quand je prends le bus je préfère de s'assoie dans la cinquième place...»on justifie l'existence de cette maladie par un test à vérifier son degré d'insight et l'acceptation de sa maladie.

Présentation et analyse des résultats

Après avoir terminé notre entretien avec M^{elle} NOURA, on est dans la procédure de la passation d'un test de l'insight **l'INVENTAIRE DE PADOVA(IP)**, qui va donnée les résultats suivants :

Tableau N°:03

Résultats Du Test	Contrôle Affaibli Sur Des Conduites Mentales	Contamination	Vérification	Inquiétude Sur Le Contrôle Moteur	Niveau D'insight
CAS : NOURA	2.94	0.36	1.5	0.42	Bon insight

D'prés les données obtenus dans ce tableau montre que M^{elle} NOURA souffre d'un trouble obsessionnel compulsif ,et ce qui concerne les résultats marqués dans ce tableau ,on à distingué que le sujet à un score de (2.94) dans le facteur de contrôle affaiblit sur des conduites mentales ,ca veut dire que le sujet à bien présenté nous ses symptômes ,qui concerne les pensées obsédantes ,ce sujet à un score de(1.5)sur le facteur de vérification ,désigne qu'il est conscient sur ses comportement irrationnels.

Le score obtenu au sein de facteur de contrôle affaiblit sur des conduites mentales nous à montré, que ce sujet à un bon insight. il à accepté et percevoir la réalité de sa maladie.

Conclusion de cas :

M^{elle} NOURA manifeste un trouble obsessionnel-compulsif de type idéative, elle à accepté sa maladie, préfère de sous raconté tous ses symptômes par curiosité d'avoir une idée qui va soulager ses souffrances, a fin de vérifier l'impacte de ce trouble sur l'insight de ce dernier, on y effectuer un test pour mesuré l'état de son insight, finalement on peut considérer que sa propre personnalité à un bon insight.

Présentation de 4^{ème} cas

Le 4^{ème} cas qu'on à trouvé dans notre pratique, le cas de M^{me} SAIDA âgé de 52ans, marier avec 5 enfants (2 fille et 3 garçons), résidante à Bejaia, femme au foyer. sa relation avec les membres de la famille n'été pas bien, elle trouve des difficultés à se contacté avec tout la famille.

Présentation des données de l'entretien clinique

Pour le début de son trouble, d'après elle à déjà 23ans de souffrance c'est en 1992 que son trouble à remonte, dans l'âge de 24ans.

Le sujet avait vécu des pathologies organiques telles que le diabète depuis 2ans, elle soigne aussi sur la maladie de cholestérol, elle n'a jamais consulté un psychologue au pavant, actuellement elle avait une orientation de son médecin vers le psychologue, elle n'a jamais été hospitalisé, la patiente à déjà consulté un Psychiatre à LEKHEMIS à Bejaia, qui à prescrit des médicaments mais actuellement elle à arrêté le traitement. et d'aller voire le psychologue.

La patiente cherche à comprendre son état et sa maladie, d'après elle, elle a passé une enfance très difficile «...ma mère m'a laissé à l'âge de 12 jours, la femme de mon père était méchante avec moi, je souffre beaucoup, ma tête pense tout le temps au passé...» le sujet verbalise sa souffrance avec une grande tristesse, elle souvient un événement lié à son enfance concernant le phénomène de lavage «...avant d'aller prendre de l'eau je lave le tuyau et les bouteilles plusieurs fois...». sa souffrance ne reste pas ici mais, elle a eu encore une fausse accouchement de ses premiers enfants qui sont morts, à cause de ça elle a eu une dépression.

Le trouble de cette patiente manifesté par des angoisses, une tristesse, une fatigue chronique, tout ça a un rôle dans l'apparition des activités obsessionnelles compulsives durant sa vie, et de faire des rituels, «...si je sors je reviens directement pour laver tous mes vêtements même les chaussures, et si un insecte les touche je refais le lavage dès le début et je suis très fatigué durant la journée, je m'énerve quand mes enfants et mon mari ne font pas ce que je dis sur le nettoyage dans la maison, personne ne comprend...»

Le sujet fait des rituels, surtout le lavage, et le nettoyage dans sa maison «...je sens un grand plaisir quand je fais ça, si non je ne suis pas à l'aise...». d'après elle durant la journée elle n'arrête pas de se laver jusqu'à le soir «...je me sens fatigué beaucoup, je souffre trop ça me dépasse...» sa situation dépasse son entourage familial, même quand le commerçant va lui rendre l'argent, elle va le laver, pareil pour toutes ses affaires si une personne les touche, «...je lave le robinet avant de laver mes mains...» le sujet fait tout ça plusieurs fois

Elle ne trouve pas le temps ni de sortir, ni de regarder la télévision, le nettoyage prend tout le temps, «...je déteste la maison sincèrement je veux tout quitter...» elle se lève le matin des fois à 3 heures elle se trouve entraînée de faire le nettoyage

à la maison ,«...je sente toujours que mes mains est sales, et j'ais peur d'être contaminé par une maladie...».

Suite à un entretien bien détaillé avec M^{me} SAIDA, on conclure qu'elle présente une maladie psychologique, une trouble obsessionnelle compulsive preuve par sa parole «...je sente toujours que mes mais est sales, j'aie peur d'être contaminé par une maladie...»a fin de voire son degré d'insight on à effectuer un test pour mesurer son état.

Présentation et analyse des résultats

Après avoir terminé notre entretien avec M^{me} SAIDA, on est dans la procédure de la passation d'un test de l'insight l'INVENTAIRE DE PADOVA(IP), qui va donnée les résultats suivants :

Tableau N°: 04

Résultats Du Test	Contrôle Affaibli Sur des Conduites Mentales	Contamination	Vérification	Inquiétude Sur le Contrôle Moteur	Niveau D'insight
CAS : SAIDA	1.82	3.45	0.75	4.57	Bon insight

D'après les résultats obtenus par M^{me} SAIDA dans le tableau précédant, montrent que le sujet à une manifestation de son trouble, sur des obsessions et compulsion ouvertes (lavage et vérification), et mentales (contrôle affaibli sur les activités mental et inquiétude sur des conduites motrice).

Les scores obtenus dans le test, montrent que la patiente à un fort dans le facteur de contamination (**3.45**), donc elle est dans la compulsion beaucoup plus, par contre le score obtenue dans le facteur de l'inquiétude sur le contrôle moteur

est très bas(0.57) ,c'est-à-dire la patiente ne présente pas des idées obsédants beaucoup.

Les résultats de test au niveau de vérification un score de (0.75) ca signifie que le sujet ne manifeste pas trop de symptômes d'obsession et compulsion de vérification, par contre le facteur de contrôle affaibli sur des conduites mentales à un score de (1.82), ca nous à montre l'existence des symptômes de contrôle qui influencent l'activité de la conduite mentale.

Conclusion de cas

A la lumière de tout ces résultats obtenue sur le cas de SAIDA, on constate qu'elle présente un trouble obsessionnel compulsif, elle est beaucoup plus dans la compulsion, et ce qui concerne son niveau d'insight, elle a un bonne insight elle accepté sa maladie.

Notre but dans ce cas à été de dévoilé que la présence de trouble obsessionnelle compulsif est une vérité d'insight qui veut que le sujet à perçois sa maladie.

Donc nous avons confirmé que le sujet qui atteint un toc avec bon insight peut exprimer ces symptômes de façon très précises ne cache pas la réalité de ses idées obsédantes et ses actes répétitifs.

D'âpre ca la patiente elle est nombreuse d'obtenir une amélioration d'avoir une bonne prise en charge et un bon consentement, a cause de son niveau d'insight qui est califier de bon.

**DISCUSSION
DES
HYPOTHÈSES**

Discutions des hypothèses

Cette partie sera spécifier a la discussion d'une hypothèse, qu'on a proposé au début de notre étude suit à la confrontation des données des entretiens aux résultats de test passé a nous sujet.

A la lumière de cette partie, on à sensé de prendre en considération notre hypothèse formulé dans la problématique pour complété notre étude

Les personnes qui souffrent de trouble obsessionnel compulsif (toc) ont un bon insight.

Pour répondre a cette hypothèse, nous avons effectué quatre entretiens clinique (semi-directif) au pré des personnes qui souffrent de trouble obsessionnel compulsif, a l'laquelle on s'appuie sur un outille spécifique et spéciale, pour évaluer le degré de l'insight.

Cette hypothèse a été confirmé dans notre étude sur le sujet de trouble obsessionnel compulsif, sur l'ensemble des personne attiennent un TOC qu'ils sont présenté un bonne insight.

Pour justifier la présence de notre hypothèse au niveau des quatre cas présenté dans notre pratique

On justifier cette hypothèse par l'acceptation et la perception des patients souffrent de toc, de parlé positivement sur la symptomatologie spécifique de ce trouble, Suite a l'entretien qui nous permet de confirmé que (Hakima, Yssine, Noura, Saida) sont conscient de percevoir le trouble, et de le découvrir.

Parmi ces cas on prendre en considération le cas de M^{me} SAIDA une femme âgé de 53ans, cette dernier consulté un psychiatre pour traité son trouble obsessionnel compulsif.

Suite a l'entretien réalisé et au données de test effectuer au prés de ce sujet, les résultats révélant que ce sujet est conscient de son trouble, selon lui ses symptômes remontent à l'âge de 23ans.

Cette dernier obsédée par le lavage et la peur de contamination (3.45),elle nous rapporte : «...je sente toujours que mes mais est sales, j'ait peur d'être contaminé par une maladie...»ici la patiente elle perçoit a nous confirmé l'existence de cette maladie de TOC ,et le test révélé que M^{me} SAIDA présente un niveau de bon insight qui s'adresse davantage à la capacité de reconnaître la présence d'une maladie mentale.

On postule que le trouble obsessionnel compulsif, affecte un insight, et les personnes qui souffrent de ce trouble à un bon insight, l'ors qu'ils reconnaîtront leur caractère irrationnel et l'ors qu'ils s'y conforment avec résistance.

CONCLUSION GÉNÉRALE

Conclusion générale :

A la lumière de cette thématique «l'insight chez les personnes atteintes de trouble obsessionnel-compulsif(TOC)»,on à élaboré et analysée tout au long de notre étude l'impacte de ce trouble sur la capacité à consentir au soin des personnes atteintes cette maladie, au sein d'une établissement publique de santé de proximité(L'EPSP) à Bejaia sur les quatre cas adultes, notre analyse nous à permette de découvrir le degré d'insight chez ces personnes pour trouvé une réponse à notre problématique de ce travail de recherche ,et par l'intermédiaire d'un test psychologique pour mesuré le degré d'insight ,ce test contient 60 items le test de« L'INVENTAIRE DE PADOVA» et encore par l'aide d'un guide d'entretien bien déterminé .

L'approche cognitive-comportementale comme cadre de référence car cette dernière demeure l'ensemble le plus cohérent concernant la compréhension du coté psychologique.

D'âpre cette analyse on peut constater que l'insight joue un rôle très important au sein d'une prise en charge des patients qui souffrent de trouble obsessionnel compulsif, ce dernier qui permet à confirmé l'existence d'un bon insight pour la capacité à consentir au soin par conscience de leur maladie

Enfin nous dirons que l'individu qui souffre d'un trouble obsessionnel compulsif avec bon insight, lorsqu'il reconnu à un moment durant l'évaluation de son trouble le caractère irrationnel de ses obsession/compulsions. Ce qui la posé à se prendre en charge.

Cependant, les résultats obtenus de cette modeste étude ne peuvent, en aucun cas, être généralisés qu'a travers d'autres recherches avec des outilles d'investigations et d'évaluations.

Enfin, nous espérons que cette étude ouvrira la voie à d'autres recherches, et apportera plus de clarté, en fixant peut-être l'attention sur d'autres objectifs.

BIBLIOGRAPHIE

Bibliographie

Ouvrages :

- 1-** Annick Weil-barais, Dominique cupa, 2008 : «<100fiche de psychologie>>, 2^{eme} édition, paris.
- 2-** Bâcher F, 1982 : «<les enquêtes en psychologie >>, Lille presse universitaire de Lille.
- 3-** Beauvoi. J .L rouline, et tibergh hiem.G, 1990 : «<manuel d'étude des pratiques de psychologie >>, pratique de la recherche.
- 4-** Benony H et T chahraoui, 1999 : «< l'entretien clinique>>, danode, paris.
- 5-** Christophe André, 2008 : «< trouble de la personnalité>>, paris.
- 6-** Davide Dauga, Nematolalah Jaafari, 2012 : «<insight et capacité à consentir au Sions >>, France.
- 7-** Hantouche Marie, Christin Deprund, octobre 2011 : «<toc –sortir de l'enferre de l'obsession, femme actuelle>>, paris.
- 8-** Khadîdja Chahraoui, Hervé Benony, 2003, «<Méthodes, évaluations et recherche en psychologie clinique, Ddunod, paris.
- 9-** Madeline Grawttz, 2001 : «<méthode des sciences sociale >>, 13^{eme}, édition Dalloz, paris.
- 10-** Martine Bouvard, 2006 : «< les toc principes ,thérapie application, pratique en psycho thérapie >>, 2^{eme} édition, paris.
- 11-** Maurice Angers, 1997 : «< initiation pratiques a la recherche méthodologique des sciences humaine>>, Casbah, Alger.

12- Masson, 2005 : « manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux DSMVI-TR », paris.

13- Olivier Douvelle, Benjamine Jacobi, 2012 :« 10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte», paris.

14- Omar ktouf, 1987 :«méthodologie des sciences sociales et approche qualitatif des organisations», Québec, HEG presses.

15- Tawils et J kalmanovitch et All, 1981 : «confrontation psychiatrique pathologie de caractère et obsession», Payot, paris.

Dictionnaire :

1- Bloche H, 2002 : «Grande dictionnaire de la psychologie», Larousse bordasse, Montréal.

2- Pierre Larousse, 2007,2008 : «le petite la rousse», France.

3- Sillamy .N, 2005 «dictionnaire de psychologie », Bordas, Paris .

Site internet :

1- Trouble obsessionnelle compulsive (toc) résistants, prise en charge et place des neurochirurgies fonctionnelle HAS /service évaluation des actes professionnels /Mai 2005. 13/04/2015, 15 :32.

2- Ww.elsevier.com /locate / encp. Trouble obsessionnelle compulsive, 2003, Elsevie. 20/05/2015,11 :30 .

Thèses :

1- Ariane Zermatten, février 2007: «une approche cognitive du trouble obsessionnel compulsif », Thèse doctorat présenté à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Genève en vue de l'attention de grade de docteur en psychologie.

2- Danielle Vézina, 1998 : «développement et maintien de l'obsession compulsive.», Mémoire présenté à la faculté des études supérieures de l'université Laval par l'obtention du grade de maitre en psychologie.

3- Sébastien Grenibr, juin 2007 : «évaluation des dimensions cognitives de l'insight au prés d'individus souffrant d'un trouble obsessionnel compulsive.», Thèse présenté comme exigence partielle du doctorat en psychologie à l'université de Québec, A Montréal.

ANNEXES

Guide de l'entretien

AX 1 : renseignement générale :

- Motif de consultation
- Nom :
- Prénom :
- Age :
- Sexe :
- Travail :
- Début de trouble :
- Lieu d'abutant :
- La situation familiale :
- La relation familiale :
- IL (elle) préfère de faire quoi :

AX 2 : Santé psychique et physique du patient avant ce trouble :

- Est-ce que vous aviez des antécédents pathologiques antérieurement à ce trouble ?
- Avez-vous consulté un psychologue ou un médecin auparavant ?
- Avez-vous été hospitalisé bien avant ?

AX 3 : Le vécu psychique et comportemental au début du trouble.

- De quelle façon votre trouble à commencé ?
- L'histoire de la maladie
- Est-ce que vous avez des autres troubles ?
- Le vécu de la maladie.
- Quand –t-il sa reprit la récursive.
- Parlez nous de votre état intérieur à cette période.

-Sur le plan comportemental qu'elle est votre réaction ?

-AXE 4 : Obsession et compulsion

-Ressentez vous le besoin de refaire les choses ?

-Est-ce que vous contrôlez ces idées ?

-Quand vous contrôlez les choses (rituels)

-Qu'est ce que vous sentez ?

-Ca va faire plaisir de refaire les choses malgré vous ?

-Est-ce que c'est plus que vous ?

-Vous y parvenez à les contrôler ?

-Quelle sont vous contraints compulsif ?

-Dans qu'elle moment ces idées manifestant ?

-Quel types d'idées qui vous sentez ?

-Quelle sont les idées les plus fort ?

NOM DE PARTICIPANT :

TEMPS DE MESURE :.....

Inventaire de Padova IP

Les énoncés suivants réfèrent à des pensées et des comportements qui peuvent survenir à tous les jours dans la vie de chacun. Pour chacun des énoncés, choisir la réponse qui semble le mieux vous décrire en tenant compte du degré de perturbation que ces pensées ou comportements peuvent vous causer. Cotez vos réponses comme suit:

0 1 2 3 4

Pas du tout Peu Moyennement Beaucoup Extrêmement

1. Je sens que mes mains sont sales quand je touche de l'argent.
2. Je pense qu'un contact, même léger, avec des sécrétions corporelles (transpiration, salive, urine etc.) peut contaminer mes vêtements ou me nuire de quelque façon.
3. J'éprouve de la difficulté à toucher un objet quand je sais que des étrangers ou d'autres personnes lui ont touché.
4. J'éprouve de la difficulté à toucher aux déchets ou aux choses sales.
5. J'évite d'utiliser les toilettes publiques parce que j'ai peur d'attraper des maladies ou d'être contaminé(e).
6. J'évite d'utiliser les téléphones publics parce que j'ai peur d'attraper des maladies ou d'être contaminé(e).
7. Je me lave les mains plus souvent et plus longtemps que nécessaire.
8. Parfois, je dois me laver ou me nettoyer uniquement parce que je crois être possiblement sale ou contaminé(e).
9. Si je touche à quelque chose que je crois contaminé(e), je dois immédiatement me laver ou me nettoyer.

10. Si un animal me touche, je me sens sale et je dois immédiatement me laver ou changer mes vêtements.

11. Quand des doutes et des inquiétudes me viennent à l'esprit, je ne peux pas me reposer avant d'en avoir discuté avec une personne rassurante.

12. Quand je parle, j'ai tendance à répéter les mêmes choses et les mêmes phrases plusieurs fois.

13. J'ai tendance à demander aux gens de répéter les mêmes choses plusieurs fois de suite, même si j'ai bien compris ce qu'ils disaient la première fois.

14. Je me sens obligé(e) de suivre la même séquence lorsque je m'habille, me déshabille et me lave.

15. Avant d'aller me coucher, je dois faire certaines choses dans une certaine séquence.

16. Avant d'aller au lit, je dois suspendre ou plier mes vêtements d'une façon spéciale.

17. Je sens que je dois répéter certains chiffres sans aucune raison.

18. Je dois faire les choses plusieurs fois avant de penser qu'elles sont faites correctement.

19. J'ai tendance à vérifier les choses plus souvent que nécessaire.

20. Je vérifie et revérifie les robinets, le four, les ronds du poêle et les interrupteurs de lumière, même après les avoir fermés.

21. Je retourne à la maison vérifier les portes, fenêtres, tiroirs, etc. pour m'assurer qu'ils sont correctement fermés.

22. Je vérifie continuellement en détailles formulaires, documents, chèques, etc. pour être certaines) de les avoir remplis correctement.

23. Je reviens continuellement en arrière pour voir si les allumettes, les cigarettes, etc. sont bel et bien éteintes.

24. Quand je manipule de l'argent, je le compte et le recompte plusieurs fois.

25. Avant de mettre une lettre à la poste, je la vérifie avec soin à plusieurs repenses.

26. J'éprouve de la difficulté à prendre des décisions, même pour des choses sans importance.
27. Parfois, je doute d'avoir fait des choses, même si je sais les avoir faites.
28. J'ai l'impression que je ne serai jamais capable d'expliquer clairement mes pensées, surtout quand je parle de choses importantes qui me touchent.
29. Après avoir fait quelque chose avec soin, j'ai l'impression de l'avoir mal faite ou de ne pas l'avoir finie.
30. Je suis quelquefois en retard parce que je m'attarde à faire certaines choses plus souvent que nécessaire.
31. Je me crée des problèmes et des doutes avec de la plupart des choses que je fais.
32. Quand je commence à penser à certaines choses, je deviens obsédée) par celles-ci.
33. Des pensées déplaisantes me viennent à l'esprit, contre ma volonté, et je ne peux pas m'en débarrasser.
34. Des blasphèmes ou des mots obscènes et grossiers me viennent à l'esprit et je ne peux pas m'en débarrasser.
35. Mes pensées prennent leurs propres directions et j'éprouve de la difficulté à être attentif (Ve) à ce qui se passe autour de moi.
36. J'imagine des conséquences catastrophiques comme le résultat de mon inattention ou d'erreurs mineures que j'ai faites.
37. Je pense ou me fait du souci longtemps à propos du mal que j'aurais pu faire à quelqu'un sans m'en apercevoir.
38. Quand j'entends parler d'un désastre, je pense que, d'une manière ou d'une autre, c'est de ma faute.
39. Sans raison, il m'arrive de m'inquiéter longuement à propos de l'éventualité d'avoir une blessure ou une maladie.
40. Parfois je commence à compter des objets sans raison.

41. J'ai l'impression que je dois me souvenir de numéros sans aucune importance.
42. Quand je lis, j'ai l'impression d'avoir manqué des passages importants et de devoir les relire au moins deux à trois fois.
43. Je me préoccupe de me souvenir de choses sans importance et je fais des efforts pour ne pas les oublier.
44. Quand une pensée ou un doute me vient à l'esprit, je dois examiner tous les aspects et je ne peux m'arrêter tant que je ne l'ai pas fait.
45. Dans certaines situations, j'ai peur de perdre le contrôle et de poser des gestes embarrassants.
46. Quand je regarde en bas d'un pont ou d'une fenêtre très élevés, je ressens l'impulsion de me lancer dans le vide.
47. Quand je vois un train s'approcher, je pense parfois que je pourrais me jeter sous ses roues.
48. À certains moments, je suis tenté(e) d'enlever vivement mes vêtements en public.
49. Quand je conduis un véhicule, je me sens parfois poussée) à frapper quelqu'un ou quelque chose.
50. Voir des armes m'excite et m'amène à avoir des pensées violentes.
51. Je deviens contrarié(e) et inquiet(été) à la vue de couteaux, poignards et autres objets pointus.
52. Je ressens parfois quelque chose en moi qui me pousse à poser des gestes vraiment insensés et contre ma volonté.
53. Je ressens parfois le besoin de briser ou d'endommager des choses sans aucune raison.
54. Je me sens parfois poussé(e) à voler quelque chose appartenant à quelqu'un d'autre, même s'il m'est complètement inutile.
55. Je ressens parfois une irrésistible tentation de voler quelque chose à l'épicerie.

56. Je me sens parfois poussé(e) à blesser des enfants ou des animaux sans défense.

57. Je crois que je dois effectuer des gestes particuliers ou marcher d'une certaine manière

58. Dans certaines situations, je me sens parfois poussée) à trop manger, même si j'en deviens malade.

59. Quand j'apprends qu'il y a eu un suicide ou un crime, je me sens longtemps bouleversé(e) et j'éprouve de la difficulté à arrêter d'y penser.

60. Je me fais du souci inutilement à propos des microbes et des maladies.

Padua Inventory (PI). Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: The Padua Inventory. Behaviour Research and Therapy, 26, 169-177.

TROUBLE OBSESSIONNEL- COMPULSIF (TOC)

