

*Université Abderrahmane mira de Bejaia*  
*Faculté des Sciences Humaines et Sociales*  
*Département des Sciences Sociales*

# *Mémoire de fin de cycle*

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie Clinique

*Thème*

## **L'impact de trouble obsessionnel compulsif sur les compétences psychosociales**

**Etude de deux cas au niveau d'EPSP d'Amizour**

*Réalisé par :*

*AISSAT Lamia*

*Encadré par :*

Pr. SAHRAOUI. I

**2020 - 2021**

# Remerciements

*Je voudrais dans un premier temps remercier, mon encadreur de mémoire  
SAHRAOUI.I, professeur de psychologie à l'université de Bejaia,  
pour sa patience, sa disponibilité et surtout ses judicieux conseils, qui  
ont contribué à alimenter ma réflexion.*

*A tous les enseignants qui ont fait de leur mieux pour former les futurs  
Psychologues cliniciens que nous somme « Merci »*

*Je remercie mes très chers parents, qui ont toujours été là pour moi.*

*Je remercie mes sœurs et mes frères, pour leurs encouragements.*

*A L'EPSP D'AMIZOUR, wilaya de Bejaia qui ont été à nos cotés  
durant toute la période de notre stage pratique*

*A tous ceux qui nous ont aidés à faire ce modeste travail*

*Aux membres du jury qui auront l'amabilité de juger notre travail*

# *Dédicaces*

*Je dédie ce modeste travail à*

*Mes très chers parents.*

*A ma grand-mère*

*Mes frères et sœurs : Abdelhak, Moumen, Walid*

*Amina et Katia.*

*A Mon fiancé Loucif*

*A mes chers cousines : Chaima, Lina, Leticia, Maya, Alice et*

*cousins : Wassim et Massi*

*A mes petits neveux : Anis, Céline et Acil*

*A mes oncles : Boubkeur, Yakhlef, Fayçel et leurs femmes.*

*A mon encadreur Mm SAHRAOUI et à tous mes enseignants,*

*Tous mes amis et toute la section Psychologie clinique.*

*A ma grande famille Aissat, Arab Et Atmani*

***Lamia***

## **Liste des abréviations**

**TOC** : Trouble obsessionnel compulsif

**DSM**: Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder

**APA**: Association américaine de psychologie

**CIM** : Classification internationale des maladies

**AMM** : Autorisation de mise sur le marché

**IRS** : Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine

**TCC** : Techniques cognitivo-comportementales

**SCP** : Stimulation cérébrale profonde

**GLU** : Glutamate

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**CPM** : Compétences psychosociales

**LST** : Life skills training

**SAIPPH** : Service d'Aide à l'Insertion Professionnelle pour les Personnes Handicapées

**EPSP** : L'établissement public de santé de proximité

# Sommaire

<b>Introduction générale.....</b>	<b>01</b>
-----------------------------------	-----------

## Partie théorique

### **Chapitre 01: Trouble obsessionnel compulsif**

Introduction.....	05
1. Histoire.....	05
2. Définitions.....	06
2.1. Définition psychologique.....	06
2.2. Définition selon DSM-IV.....	06
2.3. Définition selon CIM-10.....	07
3. Critères diagnostiques.....	07
3.1. Développement et évolution.....	09
3.2. Facteurs de risque et pronostiques.....	10
3.3. Diagnostic différentiel.....	11
3.4. Comorbidité.....	14
4. Aspects cliniques.....	16
4.1. Thèmes des obsessions.....	16
4.2. Thèmes des compulsions.....	17
5. Modèles des obsessions-compulsions.....	18
5.1. Habituation et modèles cognitivo-comportementaux.....	18
5.2. Modèles cognitifs.....	19
6. Prise en charge des troubles obsessionnels compulsifs.....	20
6.1. Evaluation psychométrique.....	20

6.2. Prise en charge en thérapie comportementale.....	21
6.3. Prise en charge en thérapie cognitive .....	23
6.4. Prise en charge médicamenteuse .....	24
6.5. Prise en charge neurochirurgicale .....	26
6.6. Prise en charge intégrative .....	29
Conclusion.....	31

## **Chapitre 02 : Les compétences psychosociales**

Introduction.....	33
1. Histoire.....	33
2. Définitions des compétences psychosociales.....	34
3. Les différentes classifications des compétences psychosociales .....	35
3.1. La Première classification des CPS selon l’OMS(1990) .....	35
3.2. La classification des CPS en trois catégories : émotionnelles, sociales et cognitives, selon l'OMS .....	36
3.3. La classification des CPS en cinq paires, selon l’OMS .....	40
4. Des outils pour développer les CPS.....	43
5. L’objectif de développement des compétences psychosociales.....	44
6. La réhabilitation psychosociales.....	45
6.1. L’efficacité de la réhabilitation psychosociale.....	45
6.2. Les facteurs prédictifs de la réhabilitation psychosociale.....	45
Conclusion.....	46

## **Chapitre 03 : problématique et hypothèses**

<b>Problématique.....</b>	<b>49</b>
<b>Hypothèses.....</b>	<b>54</b>
<b>Opérationnalisation des concepts.....</b>	<b>55</b>

### Partie méthodologique

## **Chapitre 04 : la méthodologie de la recherche**

Introduction.....	57
I. Démarche de la recherche et population d'étude.....	57
1. Lieu de recherche et population d'étude .....	57
1.1. Lieu de la recherche .....	57
1.2. Population d'étude.....	57
2. Démarche de la recherche .....	59
2.1. Le déroulement de la recherche .....	59
A. La pré-enquête.....	59
B. L'enquête .....	60
2.2. La méthode clinique .....	60
2.2.1. L'étude de cas.....	61
2.2.2. Les attitudes de cliniciens.....	62
II. Techniques utilisées et leurs analyses .....	64
1. Les techniques utilisées .....	64
1.1. L'entretien clinique .....	64
1.2. Echelle YALE-BROWN sur le trouble obsessionnel compulsif...68	
2. L'analyse des techniques utilisées .....	70
2.1. Les données de l'entretien clinique.....	70
2.2. Analyse de l'échelle.....	71
Conclusion.....	71

## **Partie pratique**

**Chapitre 5 : présentation et analyse des résultats .....73**

**Chapitre 6 : discussion des hypothèses.....87**

**Conclusion générale.....91**

**La bibliographie**

**Annexes**

# **Introduction générale**

## **Introduction générale**

Tous les jours, des millions de personnes accomplissent leurs tâches quotidiennes et interagissent avec les autres efficacement, tout en se sentant relativement bien : elles sont probablement en bonne santé mentale. Pendant ce temps, d'autres personnes éprouvent des difficultés de fonctionnement ou se sentent en difficulté. Presque tout le monde a déjà vécu des moments de détresse ou des problèmes de fonctionnement. Cependant, lorsque ces difficultés sont intenses et persistantes, il peut s'agir d'un trouble psychologique.

Parmi les pathologies qui touchent à la santé mentale figure le trouble obsessionnel compulsif qui se définit comme étant un trouble de l'anxiété qui se caractérise par des obsessions et des compulsions.

Les études de prévalence soulignent que le trouble obsessionnel compulsif (TOC) touche 2 à 3% de la population française. En Algérie le nombre de personnes atteintes de trouble obsessionnel compulsif est inconnue à cause de manque de statistique. C'est la 4ème pathologie psychiatrique la plus fréquente après les troubles phobiques, les addictions et les troubles dépressifs. Le début des troubles est souvent précoce et son évolution est chronique. Environ 65% des cas débutent avant l'âge de 25 ans et 15% après 35 ans. Plus de 50% des personnes présentant un TOC sont atteintes d'au moins un autre trouble psychiatrique (dépression, troubles bipolaires, troubles du comportement alimentaire, troubles du contrôle des impulsions, phobie sociale, etc.). Les femmes sont autant touchées que les hommes, mais les troubles précoces semblent plus fréquents chez les garçons.

Les personnes atteintes de trouble obsessionnel compulsif à un certain degré développent une invalidité elles ne peuvent pas quitter leur domicile, se rendre au travail ou aller voir leur famille et leurs amis. Souvent, elles se jugent très sévèrement ; fréquemment, les gens ayant un trouble obsessionnel compulsif cachent leurs symptômes et s'isolent.

Le trouble obsessionnel-compulsif n'a pas de cause clairement identifiée.

C'est une combinaison de plusieurs facteurs qui entraîne l'apparition des symptômes de ce trouble. Ces facteurs peuvent être biologiques, héréditaires, individuels ou environnementaux.

Le trouble obsessionnel compulsif a des conséquences énormes sur la qualité de vie de la personne atteinte. Cette problématique peut brouiller plusieurs aspects de la vie d'une personne, notamment sa compétence et sa manière de réfléchir, ses sentiments et son comportement.

Les compétences font référence à l'intelligence du « savoir comment » plutôt que du « savoir que ». Elles se situent dans une perspective d'action, sont en grande partie apprises et sont structurées en combinant savoir agir, vouloir agir et pouvoir agir. Elles sont impliquées dans tous les moments de la vie (life skills), notamment dans la santé.

Les compétences psychosociales représentent des habiletés, des aptitudes, des capacités psychologiques individuelles. Elle est la capacité à mobiliser un ensemble de ressources (savoir, savoir-faire et savoir être) dans une situation pertinente. Ces situations sont en rapport avec :

- La personne elle-même dans ses aspects physiques, psychiques ou intellectuels
- Son environnement social, naturel et professionnel

Les buts d'acquisition de ces compétences sont :

- Le bien-être physique et psychique de cette personne
- L'insertion social ou socio professionnelle
- L'épanouissement personnel

Notre étude porte son intérêt sur l'impact de trouble obsessionnel compulsif sur les compétences psychosociales car elles sont des compétences individuelles de nature psychologique concernant la santé mentale de l'individu qui sont indispensables à toute vie sociale.

L'arrière-plan qu'on a utilisé pour ce travail est une approche intégrative, on se référant à la psychanalyse qui traite le coté individuel et relationnel et aussi la

théorie cognitivo-comportementale dont on a utilisé quelques outils comme l'échelle de YALE-BROWN.

Pour atteindre notre objectif, nous avons organisé un plan du travail, qui se subdivise en trois parties : théorique, méthodologique et pratique.

Le coté théorique qui contient trois chapitres dont on trouve le trouble obsessionnel compulsif comme premier chapitre, les compétences psychosociales comme deuxième chapitre ainsi que la problématique et les hypothèses comme troisième chapitre. Dans la partie méthodologique on trouve un seul chapitre qui est la méthodologie de recherche dont il y a le déroulement de la recherche (pré-enquête et enquête), ainsi que les caractéristiques de la population d'étude, les techniques utilisées et leurs analyses, et la partie pratique qui contient deux chapitres ; le premier qui est celui de présentation et analyse des résultats et le deuxième qui est celui des discussions des hypothèses. Ensuite on terminera par une conclusion générale.

# **Chapitre 1**

## **Trouble obsessionnel compulsif**

## Introduction

L'homme en général a ses petites manies, ses rituels secrets, ses craintes plus ou moins superstitieuses. Mais il arrive que ces détails prennent une telle importance qu'ils échappent à son contrôle et peuvent transformer sa vie en calvaire. On parle ici de trouble obsessionnel compulsif (TOC) qui est l'une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes et les plus invalidantes. Il associe de façon variable deux types de symptômes spécifiques : des obsessions et des compulsions.

### 1. Histoire

Les troubles obsessionnels compulsifs sont connus depuis plusieurs siècles ; même si leur nom a changé selon les époques.

C'est surtout au psychologue et médecin pierre Janet que l'on doit une clinique concrète de ce trouble au tout début du XXe siècle (Janet, 1903). Quelques années plus tard, Freud décrira le cas d'un homme souffrant d'obsession d'agressivité et de malheur, dénommant ce trouble « *névrose obsessionnelle* » (Freud, 1909).

Aux Etats-Unis, à partir de 1980, c'est le terme de trouble obsessionnel compulsif qui est retenu dans la classification des troubles mentaux par le DSM-III (Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorder) (APA, 1980) et plus tard dans la CIM (Classification internationale des maladies) de l'OMS (OMS, 1993). La révision du DSM en 2013 (DSM-V) a amené un changement en faisant sortir le trouble obsessionnel et compulsif de la grande famille des troubles anxieux (APA, 2015). Il s'agit d'une pathologie fréquente en psychiatrie touchant 2% à 3% de la population. Le sex-ratio est proche de 1. Le trouble débute le plus souvent entre 3 et 18 ans. Malheureusement, sa prise en charge est souvent tardive. (Chapelle, 2004, p.47).

## **2. Définitions**

### **2.1. Définition psychologique**

Une obsession est une pensée consciente, une impulsion ou une représentation mentale qui survient de façon intrusive, inappropriée et répétitive à l'esprit de l'individu. Cette obsession déclenche une anxiété ou une détresse importante. Le sujet tente de lutter contre celle-ci de différentes manières : en les ignorant, en cherchant à les réprimer, en utilisant d'autres pensées ou des actions pour les neutraliser. La personne est parfaitement consciente que cette obsession est issue de sa propre activité mentale et que celle-ci est dépendante d'elle (pas de pensées imposées de l'extérieur comme dans les psychoses). Les compulsions peuvent être de deux sortes : soit des comportements répétitifs, soit des actes mentaux. Les comportements répétitifs peuvent être des vérifications (visuelles, tactiles...), des lavages (parties du corps, objets ou lieux), des actions comportementales (des mouvements répétés, comme taper des doigts)... et les activités mentales compulsives peuvent être la récitation de mots ou textes, l'établissement de listes mentales, prières, calculs mathématiques. (Troubles obsessionnels compulsifs (TOC), 2018)

### **2.2. Définition selon DSM-IV**

Le DSM-IV définit le TOC<sup>1</sup> par la présence chez le sujet soit d'obsessions soit de compulsions. Il décrit les obsessions comme des pensées, des impulsions ou des représentations récurrentes qui, à certains moments de l'affection, sont senties comme intrusives, inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante. Il ne s'agit pas simplement de préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle. Le sujet fait des efforts pour les ignorer ou les réprimer ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou action. Il reconnaît également qu'elles proviennent de sa propre

---

<sup>1</sup> Trouble obsessionnel compulsif

activité mentale (elles ne sont pas imposées de l'extérieur). (DSM-IV, 1994, p.526).

### **2.3. Définition selon CIM-10**

Trouble caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents. Les pensées obsédantes sont des idées, des représentations, ou des impulsions, faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée. En règle générale, elles gênent considérablement le sujet, lequel essaie souvent de leur résister, mais en vain. Le sujet reconnaît toutefois qu'il s'agit de ses propres pensées, même si celles-ci sont étrangères à sa volonté et souvent répugnantes. Les comportements et les rituels compulsifs sont des activités stéréotypées répétitives.

Le sujet ne tire aucun plaisir direct de la réalisation de ces actes, lesquels, par ailleurs, n'aboutissent pas à la réalisation de tâches utiles en elles-mêmes. Le comportement compulsif a pour but d'empêcher un événement, dont la survenue est objectivement peu probable, impliquant souvent un malheur pour le sujet ou dont le sujet serait responsable. Le sujet reconnaît habituellement l'absurdité et l'inutilité de son comportement et fait des efforts répétés pour supprimer celui-ci. Le trouble s'accompagne presque toujours d'une anxiété. Cette anxiété s'aggrave quand le sujet essaie de résister à son activité compulsive. (CIM-10, p.204).

## **3. Critères diagnostiques**

A. Présence d'obsessions, de compulsions, ou des deux : Obsessions définies par (1) et (2) :

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

2. Le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, pulsions ou images, ou pour les neutraliser par d'autres pensées ou actions (c'est-à-dire en faisant une compulsion).

Compulsions définies par (1) et (2) :

1. Comportements répétitifs (par exemple se laver les mains, ordonner, vérifier) ou actes 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.

2. Les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer l'anxiété ou le sentiment de détresse, ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

N.B. : Les jeunes enfants peuvent être incapables de formuler les buts de ces comportements ou de ces actes mentaux.

B. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine d'une perte de temps considérable (par exemple prenant plus d'une heure par jour) ou d'une détresse cliniquement significative, ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes obsessionnels-compulsifs ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à abus ou un médicament) ni à une autre affection médicale.

D. La perturbation n'est pas mieux expliquée par les symptômes d'un autre trouble mental (par exemple des soucis excessifs dans le l'anxiété généralisée, une préoccupation avec l'apparence dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, une difficulté à se débarrasser ou à se séparer de possessions dans la thésaurisation pathologique (sylllogomanie), le fait de s'arracher les cheveux dans la trichotillomanie, le fait de se provoquer des excoriations dans la dermatillomanie [trituration pathologique de la peau], des stéréotypies dans les mouvements stéréotypés, un comportement alimentaire ritualisé dans les troubles alimentaires, une préoccupation avec des substances ou le jeu d'argent dans les troubles liés à une substance et troubles addictifs, la préoccupation par le fait d'avoir une maladie dans la crainte excessive d'avoir une maladie, des pulsions ou des fantasmes sexuels dans les troubles paraphiliques, des impulsions dans les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites, des ruminations de culpabilité dans le trouble dépressif caractérisé, des préoccupations délirantes ou des pensées imposées dans le spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques, ou des schémas répétitifs de comportement comme dans le trouble du spectre de l'autisme). (DSM-5, 2015, p.301).

### **3.1. Développement et évolution**

Aux États-Unis, l'âge moyen de début d'un TOC est de 19,5 ans, et 25 % des cas débutent vers l'âge de 14 ans (Kessler et al. 2005 ; Ruscio et al. 2010). Un début après l'âge de 35 ans est inhabituel mais peut survenir. L'âge de début est plus précoce chez les garçons que chez les filles : environ 25 % des garçons ont un début avant l'âge de 10 ans (Ruscio et al. 2010). Le début des symptômes est habituellement progressif mais un début aigu a aussi été observé.

En l'absence de traitement, l'évolution est habituellement chronique avec des hauts et des bas (Ravizza et al. 1997 ; Skoog et Skoog 1999). Certains sujets ont une évolution épisodique et une minorité une altération progressive. Chez les

adultes non traités, le taux de rémission est bas (par exemple 20 % chez ceux qui ont été réévalués au bout de 40 ans) (Skoog et Skoog 1999). Un début dans l'enfance ou l'adolescence peut conduire à un TOC persistant toute une vie. Cependant 40 % des sujets ayant débuté un TOC durant l'enfance ou l'adolescence peuvent avoir une rémission au début de l'âge adulte (Stewart et al. 2004). L'évolution d'un TOC est souvent compliquée par la concomitance d'autres troubles (cf. « *Comorbidité* » pour ce trouble). Comme elles sont observables, les compulsions sont plus faciles à diagnostiquer chez les enfants que les obsessions. Néanmoins, la plupart des enfants ont à la fois des obsessions et des compulsions (comme la plupart des adultes). Le type de symptômes chez l'adulte peut être stable dans le temps mais il est plus variable chez l'enfant (Mataix-Cols et al. 2002 ; Rettew et al. 1992 ; Swedo et al. 1989). La comparaison d'échantillons d'enfants et d'adolescents à des échantillons d'adultes a montré quelques différences dans le contenu des obsessions et des compulsions (Geller et al. 2001 ; Kalra et Swedo 2009). Ces différences reflètent probablement des contenus appropriés aux différents stades du développement (par exemple des taux plus élevés d'obsessions à thème sexuel ou religieux chez les adolescents que chez les enfants, des taux plus élevés d'obsessions de malheur [par exemple peurs d'événements catastrophiques, comme la maladie ou la mort, la sienne propre ou celle de proches] chez les enfants et les adolescents que chez les adultes). (DSM-5, 2015, p.304).

### **3.2. Facteurs de risque et pronostiques**

Tempéramentaux : une plus grande tendance à internaliser les symptômes, une émotionnalité négative plus grande et une inhibition comportementale durant l'enfance sont des facteurs de risque possible (Coles et al. 2006 ; Grisham et al. 2011).

Environnementaux : des abus physiques ou sexuels durant l'enfance et d'autres événements stressants ou traumatiques ont été associés à un risque accru de développer un TOC (Grisham et al. 2011). Certains enfants peuvent avoir un début soudain des symptômes obsessionnels-compulsifs, ce que l'on a associé avec différents facteurs environnementaux, y compris divers agents infectieux et un syndrome auto-immun post-infectieux (Singer et al. 2012 ; Swedo et al. 2004).

Génétiques et physiologiques : le taux de TOC chez les apparentés biologiques de premier degré de sujets adultes ayant un TOC est approximativement le double de celui des apparentés biologiques de premier degré de sujets n'en souffrant pas ; toutefois, le taux est multiplié par 10 (Pauls 2010) chez les apparentés biologiques du premier degré de sujets ayant un TOC ayant débuté durant l'enfance ou l'adolescence. La transmission familiale est en partie due à des facteurs génétiques (par exemple, un taux de concordance de 0,57 chez les jumeaux monozygotes contre 0,22 chez les jumeaux dizygotes) (Pauls 2010). Les arguments les plus solides sont en faveur d'un dysfonctionnement du cortex orbitofrontal, du cortex cingulaire antérieur et du striatum (Millad et Rauch 2012). (DSM-5, 2015, p.305).

### **3.3. Diagnostic différentiel**

Le diagnostic différentiel vise à délimiter l'espace psychopathologique du TOC par rapport aux autres troubles psychiques qui comportent parfois des manifestations cliniques plus ou moins semblables. Cependant, la tâche n'est pas toujours facile, les concepts nosologiques n'étant que des approximations de la réalité clinique, dans laquelle le typique et l'atypique se chevauchent et se juxtaposent à des formes transitoires d'autres troubles psychiques, sans respect des limites nosographiques présumées. (Georges, 2016, p.474).

Troubles anxieux : des pensées récurrentes, des comportements d'évitement et des demandes répétitives de rassurement peuvent également

survenir dans les troubles anxieux. Cependant, les pensées récurrentes qui sont présentes dans l'anxiété généralisée (par exemple les soucis) sont généralement des inquiétudes à propos de la vie réelle alors que les obsessions d'un TOC n'impliquent généralement pas des préoccupations de la vie réelle et peuvent inclure un contenu qui est étrange, irrationnel ou de nature magique. De plus, des compulsions sont souvent présentes et habituellement liées aux obsessions. De même que les personnes ayant un TOC, les personnes souffrant de phobies spécifiques peuvent avoir des réactions de peur face à des objets ou à des situations spécifiques ; cependant dans la phobie spécifique l'objet redouté est en général beaucoup plus circonscrit et il n'y a pas de rituels. Dans l'anxiété sociale (phobie sociale), les situations ou objets redoutés sont limités aux interactions sociales, et l'évitement ou la recherche de rassurement sont ciblés sur la réduction de cette peur sociale.

Trouble dépressif caractérisé : le TOC peut être distingué des ruminations du trouble dépressif caractérisé, dans lequel les pensées sont habituellement congruentes à l'humeur et pas nécessairement ressenties comme intrusives ou source de détresse ; de plus, les ruminations ne sont pas liées à des compulsions, comme c'est habituellement le cas dans le TOC.

Autres troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés : dans l'obsession d'une dysmorphie corporelle, les obsessions et compulsions sont limitées à des préoccupations concernant l'apparence physique ; et dans la trichotillomanie (arrachage compulsif de ses propres cheveux), le comportement compulsif est limité à l'arrachage des cheveux en l'absence d'obsessions. Les symptômes de la thésaurisation pathologique (syllogomanie) sont concentrés exclusivement sur la difficulté persistante à se débarrasser ou à se séparer de biens, la détresse marquée associée au fait de se débarrasser d'objets et l'accumulation excessive d'objets. Cependant, si une personne a des obsessions qui sont typiques d'un

TOC (par exemple, craintes d'inachèvement ou de faire du mal) et si ces obsessions conduisent à des comportements compulsifs d'accumulation (par exemple, acquisition de tous les objets d'une série pour atteindre un sentiment d'achèvement ou ne pas se séparer de vieux journaux parce qu'ils pourraient contenir une information pouvant empêcher un malheur), un diagnostic de TOC doit être porté.

Trouble des conduites alimentaires : le TOC peut être distingué d'une anorexie mentale par le fait que dans le TOC les obsessions et les compulsions ne sont pas limitées à des préoccupations à propos du poids et de la nourriture.

Tics et mouvements stéréotypés : un TIC est un mouvement – ou une vocalisation – soudaine, rapide, récurrente et non rythmique (par exemple clignement des yeux, raclement de gorge). Un mouvement stéréotypé est un comportement moteur répétitif, en apparence sous contrainte, sans but, que le sujet semble être contraint d'exécuter (par exemple se cogner la tête, balancer le corps, se mordre). Les tics et les mouvements stéréotypés sont typiquement moins complexes que les compulsions et n'ont pas pour but de neutraliser des obsessions. Cependant, la distinction entre des tics complexes et des compulsions peut être difficile. Alors que les compulsions sont habituellement précédées d'obsessions, les tics sont souvent précédés par une sensation prémonitoire de besoin contraignant.

Certaines personnes ont à la fois des symptômes de TOC et de tics, auquel cas les deux diagnostics doivent être retenus.

Troubles psychotiques : certaines personnes ayant un TOC ont une faible prise de conscience ou insight, ou même des croyances délirantes obsessionnelles-compulsives. Il s'agit toutefois d'obsessions et de compulsions (ce qui distingue leur affection d'un trouble délirant) et les autres

caractéristiques de la schizophrénie ou du trouble schizo affectif (par exemple hallucinations ou troubles du cours de la pensée) sont absentes.

Autres comportements d'allure compulsive : certains comportements sont parfois décrits comme « compulsifs », comme certains comportements sexuels (dans le cas des troubles paraphiliques), le jeu d'argent (c'est-à-dire le jeu d'argent pathologique) et l'usage d'une substance (par exemple, trouble de l'usage d'alcool). Cependant ces comportements diffèrent des compulsions du TOC dans la mesure où la personne tire en général du plaisir de cette activité et peut souhaiter lui résister uniquement du fait de ses conséquences délétères.

Personnalité obsessionnelle-compulsive : bien que la personnalité obsessionnelle compulsive et le TOC aient des noms similaires, les manifestations cliniques de ces troubles sont assez différentes. La personnalité obsessionnelle-compulsive n'est pas caractérisée par des pensées, images ou pulsions intrusives, ou par des comportements répétitifs qui sont accomplis en réponse à ces intrusions ; en revanche, elle implique un mode général de perfectionnisme excessif et de contrôle rigide, inadapté, persistant et envahissant. Si une personne manifeste à la fois un TOC et une personnalité obsessionnelle-compulsive, les deux diagnostics peuvent être portés. (DSM-5, 2015, p.306)

### **3.4. Comorbidité**

Les personnes souffrant d'un TOC ont souvent en plus une autre psychopathologie. De nombreux adultes souffrant de cette affection ont, à un moment de leur vie, un diagnostic de trouble anxieux (76 % ; par exemple trouble panique, anxiété sociale, anxiété généralisée, phobie spécifique) ou un trouble dépressif ou bipolaire (63 % pour un trouble dépressif ou bipolaire quelconque, le plus courant étant le trouble dépressif caractérisé [41 %]) (Ruscio et al. 2010). Le début du TOC est en général plus tardif que pour la plupart des troubles anxieux comorbides (à l'exception de l'anxiété de séparation) et pour le

trouble stress post-traumatique mais précède souvent celui des troubles dépressifs (Ruscio et al. 2010). La comorbidité avec la personnalité obsessionnelle-compulsive est également fréquente chez les personnes ayant un TOC (par exemple de 23 à 32 %) (Eisen et al. 2010). Jusqu'à 30 % des personnes ayant un TOC ont, à un moment de leur vie, des tics. Un tic comorbide est plus fréquent chez les hommes dont le TOC a débuté durant l'enfance. Ces personnes ont tendance à se distinguer de celles qui n'ont pas d'histoire de tic par les thèmes de leurs symptômes obsessionnels-compulsifs, la comorbidité, l'évolution et le mode de transmission familiale (Leckman et al. 2010). Une triade avec TOC, tics, déficit de l'attention/hyperactivité peut aussi se voir chez les enfants. Les affections qui surviennent plus fréquemment chez les individus souffrant d'un TOC que chez ceux ne souffrant pas de ce trouble comprennent plusieurs troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés comme l'obsession d'une dysmorphie corporelle, la trichotillomanie (arrachage compulsif de ses cheveux), la dermatillomanie (trituration pathologique de la peau) (Bienvenu et al. 2012 ; Lochner et Stein 2010). Finalement, une association entre un TOC et certains troubles caractérisés par de l'impulsivité, comme le trouble oppositionnel avec provocation, a été rapportée (Ruscio et al. 2010). Le TOC est également beaucoup plus fréquent chez les personnes ayant certains autres troubles que ce qui est attendu en se fondant sur leur prévalence dans la population générale ; lorsque l'un de ces autres troubles est diagnostiqué, la personne doit également être évaluée pour un TOC. Par exemple, chez les personnes ayant une schizophrénie ou un trouble schizo affectif, la prévalence du TOC est approximativement de 12 % (Achim et al. 2011). Les taux de TOC sont également élevés dans le trouble bipolaire (Pallanti et al. 2011), les troubles des conduites alimentaires comme l'anorexie mentale et la boulimie (Kaye et al. 2004), et le syndrome de Gilles de la Tourette (Pallanti et al. 2011). (DSM-5, 2015,p.307-308).

## **4. Aspects cliniques**

Sur le plan clinique les TOC regroupent : les obsessions, les compulsions, l'anxiété et les évitements. On va se focaliser dans ce qui suit seulement sur les obsessions et les compulsions.

### **4.1. Thèmes des obsessions**

Les thèmes des obsessions sont multiples, mais quatre thèmes sont retrouvés plus fréquemment.

#### **4.1.1. Les obsessions de souillure / contamination**

Elles regroupent à la fois la saleté (que ce soit de la poussière ou des taches) et la peur de la contamination (que ce soit par des germes, mais aussi par des produits radioactifs ou toxiques). Dans cette catégorie se retrouvent les personnes qui ne supportent pas de voir de la saleté ou des taches, mais aussi, celles qui ont peur de pouvoir contacter des maladies comme le sida, la maladie de la vache folle, une méningite, mais aussi les cancers.

#### **4.1.2. Les obsessions d'erreur ou de perfection**

Avec, classiquement, la peur d'avoir oublié de couper le gaz, l'eau ou l'électricité, de fermer le domicile ou la voiture. Mais aussi, d'avoir jeté des objets par inadvertance, d'avoir commis des erreurs dans son travail. Dans cette catégorie se trouvent aussi les obsessions concernant l'ordre (chaque objet doit être placé au bon endroit, à un emplacement précis) et la symétrie (nécessite de respecter une symétrie pour certains objets ou une distance égale).

#### **4.1.3. Les obsessions agressives**

Il s'agit de la peur d'agresser (en poussant ou bousculant quelqu'un par exemple), de tuer ou violer. Véritable peur de perdre le contrôle de soi et de répondre à une pulsion, ces obsessions étaient appelées auparavant « *phobies d'impulsion* ».

#### **4.1.4. Les obsessions de malheur**

Les pensées sont centrées sur le risque de survenue d'un malheur (la mort ou une maladie grave) pour soi-même ou son entourage. La personne cherche à lutter contre ses pensées de peur qu'elles ne provoquent le malheur. Le plus souvent les personnes souffrant de toc vont présenter plusieurs obsessions, avec parfois des intrications entre obsessions. Ainsi, peuvent exister des obsessions d'agressivité d'ordre sexuelle et des obsessions à thématique religieuse : comme l'obsession de pouvoir violer une religieuse et finir en enfer. (Rusinek, 2018, p.49).

### **4.2. Thèmes des compulsions**

Les thèmes des compulsions sont multiples, mais quatre thèmes sont retrouvés plus fréquemment.

#### **4.2.1. Les compulsions de lavage**

Elles consistent principalement en un lavage de tout ou partie du corps (les mains étant le plus souvent concernées). Le rituel peut parfois être long (plusieurs heures) avec l'usage de produits considérés comme protecteurs (savon antiseptique, parfois javel) mais qui se révèlent particulièrement toxiques de par l'usage inadapté, intensif et répété

#### **4.2.2. Les compulsions de vérification**

Que ce soit vérification visuelle (vérifier par contact visuel que les portes sont correctement fermées, que la lumière est éteinte, que les boutons du gaz sont bien en position fermée, relire) ou encore par des vérifications manuelles (toucher, serrer, taper...) ou parfois auditives (le son du bip bip de la voiture, de la télécommande, du claquement d'une porte ...).

### **4.2.3. Les compulsions mentales**

C'est un ensemble de pensées ou images qui sont mises en avant, comme se répéter certaines phrases ou morceau de chanson, voir des images pieuses, faire des listes mentales ou encore faire des calculs mentaux (arithmomanie) ou compter un certain nombre de fois selon les actes à faire.

### **4.2.4. Des compulsions plutôt de type comportemental**

Comme se lever/s'asseoir, ne pas marcher sur les lignes, taper avec le doigt... (Rusinek, 2018, p.49-50).

## **5. Modèles des obsessions-compulsions**

### **5.1. Habituation et modèles cognitivo-comportementaux**

Beech et Perrigault (Beech, 1974) ont proposé un modèle qui s'appuie sur la notion d'une activation anormalement élevée chez l'obsessionnel, primum movens de toute leur pathologie. Une activation anormale entraînerait de l'anxiété et des troubles de l'humeur. Si l'activation dépasse un seuil critique, le sujet pourrait associer son état interne d'activation à un stimulus environnemental (par exemple la saleté) selon un phénomène de pseudoconditionnement. Il présentera ensuite des rituels et effectuera un récit a posteriori pour justifier son comportement irrationnel. Cette explication discutable montre l'importance des difficultés d'habituation chez les obsessionnels.

Marks (1981, 1987) devait, à la suite de Meyer (1966), systématiser et étudier une pratique thérapeutique fondée sur le principe comportemental intitulé « *exposition et prévention de la réponse* ». Cette pratique se fonde sur l'habituation des réponses physiologiques. Il s'agit d'une forme élémentaire et primitive d'apprentissage qui peut être assez facilement utilisée comme paradigme expérimental et principe thérapeutique. L'exposition in vivo et/ou en

imagination entraîne l'habituation des réponses physiologiques et l'extinction des rituels qui n'ont plus lieu d'être, du fait de la réduction d'anxiété. L'habituation des réponses cardiaques au cours des traitements comportementaux par exposition prolongée a été mise en évidence. L'habituation des idées obsédantes a été étudiée par les cognitivistes (Salkovskis, 1985) qui ont mis en évidence le rôle de pensées neutralisantes conformistes empêchant l'habituation des idées obsédantes antisociales et contraires à la morale. (Cottraux, 2011, p.79).

## 5.2. Modèles cognitifs

L'approche cognitive vise à élargir le modèle comportemental classique, selon lequel les rituels obsessionnels résultent d'un trouble de l'habituation. Ce modèle apparaît actuellement trop limité pour rendre compte de la complexité des phénomènes, en particulier des obsessions ou des actes mentaux visant à annuler les pensées obsédantes intrusives. L'habituation des idées obsédantes a été étudiée par les cognitivistes (Salkovskis, 1985). Les pensées intrusives représentent un stimulus interne pour lequel le sujet n'arrive pas à mettre en place des réponses d'habituation. Il n'y a pas de différence de contenu entre les obsessions de sujets normaux et celles de sujets obsessionnels. Plus de 80 % des sujets normaux présentent des idées intrusives qui diffèrent spécifiquement de celles des sujets obsessionnels par leur fréquence moindre, leur durée très limitée, et le fait qu'elles peuvent être rejetées sans difficultés et qu'elles entraînent assez rapidement une réponse d'habituation ; plusieurs études contrôlées ont permis d'établir cette notion. Des schémas cognitifs de culpabilité et de responsabilité, automatiques et fonctionnant de manière inconsciente, aboutiraient à une interprétation négative de toutes les pensées intrusives. Cette interprétation négative se traduit par des pensées automatiques (« *c'est épouvantable d'imaginer cela* ») ; le sujet va mettre en place des systèmes de neutralisation par des actes mentaux (compter, réciter, faire venir des images de

bon loi ) ou des actes moteurs destinés à annuler la culpabilité (nettoyage, lavage, vérification) ou transférer la responsabilité sur d'autres (demande de réassurance).

Un schéma résume ce modèle qui, bien entendu, présente une composante biologique. Il montre que l'obsession-compulsion réside plus dans le système de contrôle de la pensée intrusive que dans le contenu de celle-ci, somme toute assez banal. Ce modèle pose une question : comment et pourquoi certains sujets prêtent-ils de l'attention aux pensées intrusives et construisent-ils un système de neutralisation qui renforce finalement l'impact émotionnel de la pensée intrusive en cherchant désespérément à la refouler ? (Cottraux, 2011, p.80).

## **6. Prise en charge des troubles obsessionnels compulsifs**

### **6.1. Evaluation psychométrique**

L'évaluation psychométrique est indispensable à l'analyse correcte du TOC, un véritable catalogue des obsessions et des compulsions est à faire. Outil indispensable à la mise en place des exercices par la suite. Les spécialistes conseillent d'effectuer les évaluations au début de la prise en charge, à 4 mois, 8 mois et 1an.

L'hétéro-questionnaire le plus connu est le Yale-Brown<sup>2</sup> ou Y-BOCS<sup>3</sup> ou Yale-Brown Obsessive compulsive Scale (Goodman, 1989 a et b) celui-ci est traduit en français (Mollard, 1989). Il comprend cinq questions sur les obsessions et cinq autres sur les compulsions. Une version existe sous forme d'auto-questionnaire. (Rusinek, 2018, p.51).

---

<sup>2</sup> Echelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown (Y-BOCS)

<sup>3</sup> Index des symptômes Y-BOCS

## 6.2. Prise en charge en thérapie comportementale

La thérapie comportementale est particulièrement efficace dès lors que le patient critique facilement ses obsessions. Sinon, il peut être utile de commencer par une thérapie cognitive. Le traitement est basé sur l'expression comportementale, l'exposition prolongée, répétée et hiérarchisée aux situations responsables d'un rituel (en commençant par celle le moins angoissant) permet d'amener une habitude. Le patient apprend que le rituel mis en place pour réduire l'anxiété liée à l'obsession peut être supprimé. En effet, en réalisant pas sa compulsion le patient ressent l'anxiété et celle-ci finit par diminuer au bout d'un temps plus au moins long. Il est généralement plus long dans les expositions des TOC que des phobies. Après avoir repéré les rituels du patient, une hiérarchisation des situations à traiter est établie, les exercices commenceront par les situations les plus faciles. L'idéal est de commencer par un exercice test au cabinet, prenons l'exemple d'un patient qui souffre d'obsession de souillure (contamination) avec rituel de lavage important (de 10 à 45 minutes de lavage des mains selon les situations). Voici le tableau de quelques situations qu'il rapporte (tableau 1)

**Tableau N°1 : Les niveaux d'anxiété selon quelques situations déclenchantes**

Situations déclenchantes	Niveau d'anxiété
Serrer la main de quelqu'un	25/100
Ouvrir une porte	30/100
Toucher la rambarde dans le métro	40/100
Toucher par terre	60/100
Toucher la cuvette des WC	100/100
Mettre la main dans une poubelle	100/100

Un premier exercice peut facilement être réalisé au cabinet du thérapeute : si le fait de serrer une main déclenche une angoisse, le premier exercice peut consister à serrer la main du patient et lui demander de ne pas se laver ou s'essuyer la main en attendant que l'anxiété finisse par diminuer.

Il s'installe dans la salle d'attente et note l'évolution de son anxiété. Au bout d'un certain temps l'anxiété finit par diminuer et revenir à un niveau de base.

**Tableau N°2 : Evolution de l'anxiété selon un exercice de thérapie comportementale**

Ne pas se laver les mains après avoir serré une main.

Temps	Début	10 min	20 min	30 min	40 min	50 min	60 min	70 min
anxiété	25%	25%	25%	20%	15%	10%	10%	5%

L'intérêt de l'exercice test est de s'assurer de la bonne compréhension des consignes, de la bonne évaluation des patients de leurs niveaux d'anxiété et aussi que le patient expérimente la réalité de la réduction de leur anxiété quand il se conforme à la situation redoutée.

Il est demandé ensuite au patient de poursuivre le même type d'exercice de façon quotidienne. Par la suite, les situations sont progressivement analysées et travaillées pour que le patient s'expose à des situations de plus en plus angoissantes.

La mise en place d'exercices et leur réussite va entraîner progressivement une généralisation de l'amélioration à d'autres situations qui ne sont pourtant pas traitées. (Rusinek, 2018, p.52).

### **6.3. Prise en charge en thérapie cognitive**

Le patient croit à son obsession, il y répond donc sans la remettre en question. Le but de la thérapie cognitive va être d'aider le patient à critiquer ses obsessions. Une approche classique consiste à travailler sur les scénarios catastrophes que les patients mettent en place. Pour découvrir le scénario, le thérapeute utilise la technique dite de la flèche descendante (et alors ?).

Par la suite, le scénario est confronté à l'examen de l'évidence (le sens de l'obsession est-il certain ? existe-t-il d'autres interprétations à la situation obsédante ?), le recueil d'avis extérieurs, la recherche d'arguments pour et contre, l'analyse en statistiques cumulées. L'ensemble de ces données permettent alors d'établir un scénario rationnel afin que le patient puisse ensuite l'intérioriser. De nombreux exemples sont présents dans le remarquable ouvrage destiné aux thérapeutes du docteur Sauteraud (Sauteraud, 2005).

Une technique particulière mérite quelques lignes, il s'agit de l'exposition à des pensées ou flooding. Cette technique est surtout utilisée dans les obsessions pures ou devant des rituels mentaux. Dans cet exercice le thérapeute relève le scénario avec les thèmes des pensées obsédantes. Le texte est enregistré par le patient. Il est ensuite amené à écouter en boucle le texte. L'écoute déclenche bien sur une anxiété qui finira par diminuer avec la répétition des écoutes successives. Cet exercice peut être réalisé facilement la première fois dans la salle d'attente du thérapeute permettant ainsi une meilleure évaluation de l'anxiété du patient par le thérapeute et de s'assurer de la bonne compréhension de l'exercice.

Notons aussi la technique de l'arrêt de la pensée dont le but est d'apprendre au patient à intérioriser un stop externe (la voix du thérapeute) pour lui permettre un autocontrôle de ses pensées (Cottraux, 1998).

La technique du « *stop de la pensée* » consiste à visualiser le fameux panneau STOP lors de la survenue de l'obsession. Si les troubles de certains patients ont pu être améliorés, il semble que ce soit surtout par un phénomène de distraction de la pensée qui fait que le patient ne fixe plus son attention sur l'obsession. Cependant, un effet rebond néfaste (avec retour en force des obsessions) est à craindre par la suite. (Rusinek, 2018, p.53).

#### **6.4. Prise en charge médicamenteuse**

Le traitement des TOC repose principalement sur les psychothérapies. Certains antidépresseurs sérotoninergiques, noradrénergiques et imipraminiques ont eu l'AMM (autorisation de mise sur le marché).

- **Antidépresseurs sérotoninergiques ou inhibiteurs de la recapture de la sérotonine**

Ils augmentent la concentration de sérotonine (neurotransmetteur) dans le cerveau, tels que : Deroxat (paroxétine), Floxyfral (fluvoxamine), Zoloft (sertraaline), Prozac (fluoxétine). Leur seule contre-indication est l'association aux antidépresseurs IMAO. Ils ont peu d'effets secondaires.

- **Antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline**

Tel que l'Effexor (venlafaxine). Ils ont quelques effets secondaires : nausées, somnolence, bouche sèche, insomnie, vertiges. Ils sont à administrer à doses progressives.

- **Antidépresseurs imipraminiques**

Ils ont plusieurs actions : sérotoninergique, noradrénergique et anticholinergique centrale et périphérique (anafranil [clomipramine]).

Ils sont moins maniables que les antidépresseurs sérotoninergiques, car ils nécessitent un bilan pré thérapeutique, ils ont de nombreuses contre-indications et effets secondaire. Un bilan systématique doit être réalisé avant la mise en route du traitement :

- Recherche d'antécédent de trouble cardiaque, d'épilepsie, de glaucome, d'adénome de la prostate.
- Electrocardiogramme.
- Bilan biologique : numération-formule sanguine, bilan hépatique.
- Examen oculaire éventuel.
- Electroencéphalogramme en cas de risque d'épilepsie.

- **Comprendre les règles de prescription**

Les antidépresseurs doivent être prescrits pour une durée d'au moins 12 semaines afin d'évaluer leur efficacité. Les antidépresseurs imipraminiques sont efficaces à des doses parfois élevées (300 mg/j).

L'hospitalisation est rare, elle peut néanmoins être proposée en cas d'absence de réponse aux traitements, associée à une grande détresse, schizophrénie...ou en présence de compulsions telles que les activités de la vie quotidienne sont impossibles à mener (recommandations de l'HAS : Haute Autorité de santé). (Lim,2007,p.34).

### **6.5. Prise en charge neurochirurgicale**

Les traitements classiques du trouble obsessionnel-compulsif (TOC), reposant d'une part sur les antidépresseurs de la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), et d'autre part sur les psychothérapies avec les techniques cognitivo-comportementales (TCC), ont véritablement transformé le pronostic autrefois péjoratif de la maladie. En dépit d'une efficacité clairement démontrée, il n'en reste pas moins que 25-30% des patients avec TOC ne semblent pas tirer bénéfice de ces stratégies thérapeutiques, leurs manifestations demeurant inchangées ou l'amélioration clinique restant trop partielle pour leur permettre de retrouver un fonctionnement social, familial et professionnel de qualité.

À ce titre, certains auteurs se sont attachés à essayer de mieux identifier les facteurs prédictifs d'une mauvaise réponse thérapeutique. Parmi ceux-ci, les obsessions à thématiques sexuelle, religieuse, somatique, ou encore le collectionnisme-accumulation, semblent être particulièrement rebelles aux effets des traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques proposés. Il en est de même des compulsions lorsque celles-ci sont particulièrement sévères et qu'il s'agit de rituels de lavage. Les autres indicateurs d'une évolution défavorable sont l'âge précoce de début de la maladie, le sexe masculin, l'existence d'antécédents familiaux d'affections psychiatriques – non uniquement de TOC la comorbidité, certes avec la dépression majeure, encore que cela reste controversé, mais surtout l'association aux tics, notamment au syndrome de Gilles de la Tourette, et à la personnalité évitante. La chronicité du profil évolutif dès les premières années de la maladie laisse enfin présager d'une certaine pérennité des symptômes sur le long terme.

Cette notion de résistance thérapeutique, au demeurant floue sur le plan des critères proposés pour la définir, s'appuie depuis peu sur une stratification par niveau tenant compte des schémas thérapeutiques utilisés, et de leurs échecs successifs :

- 1er niveau de résistance: l'échec d'un inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS) ou d'une TCC.
- 2<sup>e</sup> niveau de résistance: l'échec de l'association d'un ISRS et d'une TCC.
- 3<sup>e</sup> niveau de résistance: l'échec de 2 ISRS, et de l'association à une TCC.
- 4<sup>e</sup> niveau de résistance: l'échec d'au moins 3 ISRS, et de l'association à une TCC.
- 5<sup>e</sup> niveau de résistance: l'échec d'au moins 3 IRS incluant la clomipramine, et de l'association à une TCC.
- 6<sup>e</sup> niveau de résistance: l'échec d'au moins 3 IRS incluant une stratégie de potentialisation avec la clomipramine, et de l'association à une TCC.
- 7<sup>e</sup> niveau de résistance: l'échec d'au moins 3 IRS incluant la clomipramine, de l'association à une TCC et autre médication d'action pharmacodynamique différente-benzodiazépine (clonazépam), thymorégulateur (carbonate de lithium) ou antipsychotiques atypiques (rispéridone, olanzapine).
- 8<sup>e</sup> niveau de résistance: l'échec d'au moins 3 IRS incluant la clomipramine par voie intraveineuse, et de l'association à une TCC.
- 9<sup>e</sup> niveau de résistance: l'échec d'au moins 3 IRS incluant la clomipramine intraveineuse, de l'association à une TCC, et à un antidépresseur d'action neurochimique différente, comme les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (venlafaxine...).

Cette critériologie a contribué à mieux définir la place de la psychochirurgie dans le traitement du TOC. Elle s'applique aujourd'hui aux patients présentant une forme chronique et sévère de TOC au retentissement majeur sur le fonctionnement psychosocial et ne répondant à aucune des démarches thérapeutiques habituellement proposées dans cette indication. De là, on peut comprendre l'engouement d'autrefois pour la psychochirurgie dès lors que nous n'avions à disposition que des moyens thérapeutiques limités, car il faut attendre la fin des années 1960 pour connaître les effets favorables de la clomipramine dans le traitement du TOC, en tant qu'antidépresseur de la classe des tricycliques à fort tropisme sérotoninergique. L'avènement des antidépresseurs ISRS est beaucoup plus tardif, au début des années 1990, venant supplanter progressivement les prescriptions d'antidépresseurs tricycliques dans la mesure où ils vont se montrer tout aussi efficaces que la clomipramine sans toutefois en produire les effets secondaires. Ils partagent en effet avec la clomipramine certaines caractéristiques pharmacologiques majeures qui sont de produire une inhibition puissante de la recapture de la sérotonine, prévalente par rapport à leurs effets sur la recapture de la noradrénaline. Ils s'en différencient néanmoins par l'absence d'action majeure sur les récepteurs noradrénergique  $\alpha_1$ , histaminergiques H1 et muscariniques M1 sous-tendant les effets indésirables classiques des tricycliques les traitements du trouble obsessionnel-compulsif type d'hypotension orthostatique, sécheresse buccale, vision floue, rétention d'urine, constipation, et toxicité cardiaque en cas de surdosage. Autre versant, celui des psychothérapies, mais il a fallu le début des années 1960 pour voir émerger les TCC et leurs premières applications avec succès dans le TOC, grâce notamment aux techniques d'exposition au stimulus anxio, ces techniques se sont révélées efficaces dans 40 à 60% des cas, mais elles sont aujourd'hui peu pratiquées car les lésions causées sont irréversibles et peuvent entraîner des effets indésirables non négligeables d'ordre cognitif et émotionnel (euphorie, agitation psychomotrice, émoussement affectif, aspontanéité motrice...).

De ce fait, la stimulation cérébrale profonde (SCP) a été testée pour remplacer cette chirurgie lésionnelle. Cette stratégie s'est développée à la fin des années 1980, comme une alternative aux techniques lésionnelles pratiquées jusque-là dans le traitement des formes sévères de la maladie de Parkinson résistantes à la thérapeutique médicale. Utilisée initialement pour le traitement du tremblement, elle devait s'étendre par la suite à celui de l'akinésie et de l'hypertonie. Elle représente à l'heure actuelle une thérapeutique reconnue et validée. Son caractère relativement peu invasif, non lésionnel, et sa réversibilité en font une thérapeutique de choix. Depuis 5 ans, de nouvelles indications voient le jour comme les dystonies généralisées, certaines formes de mouvements choréiques, ainsi que les tics de la maladie de Gilles de la Tourette. Son application dans le TOC est plus récente, remontant à la fin des années 1990. Plusieurs cibles cérébrales ont été choisies, portant sur la capsule antérieure, zone de passage des fibres reliant le thalamus aux cortex orbitofrontal et cingulaire antérieur, sur le striatum ventral et la partie ventromédiane de la tête du noyau caudé recevant de vastes afférences de ces régions corticales, ou encore la portion ventromédiane du noyau sous-thalamique, à vocation plutôt limbique. Si les résultats initiaux semblent plutôt prometteurs, ils se doivent néanmoins d'être confirmés sur des populations plus larges de patients avec TOC pour lesquels l'ensemble des démarches thérapeutiques usuelles ne sont d'aucun bénéfice. (Aouizerate, 2007, p.57).

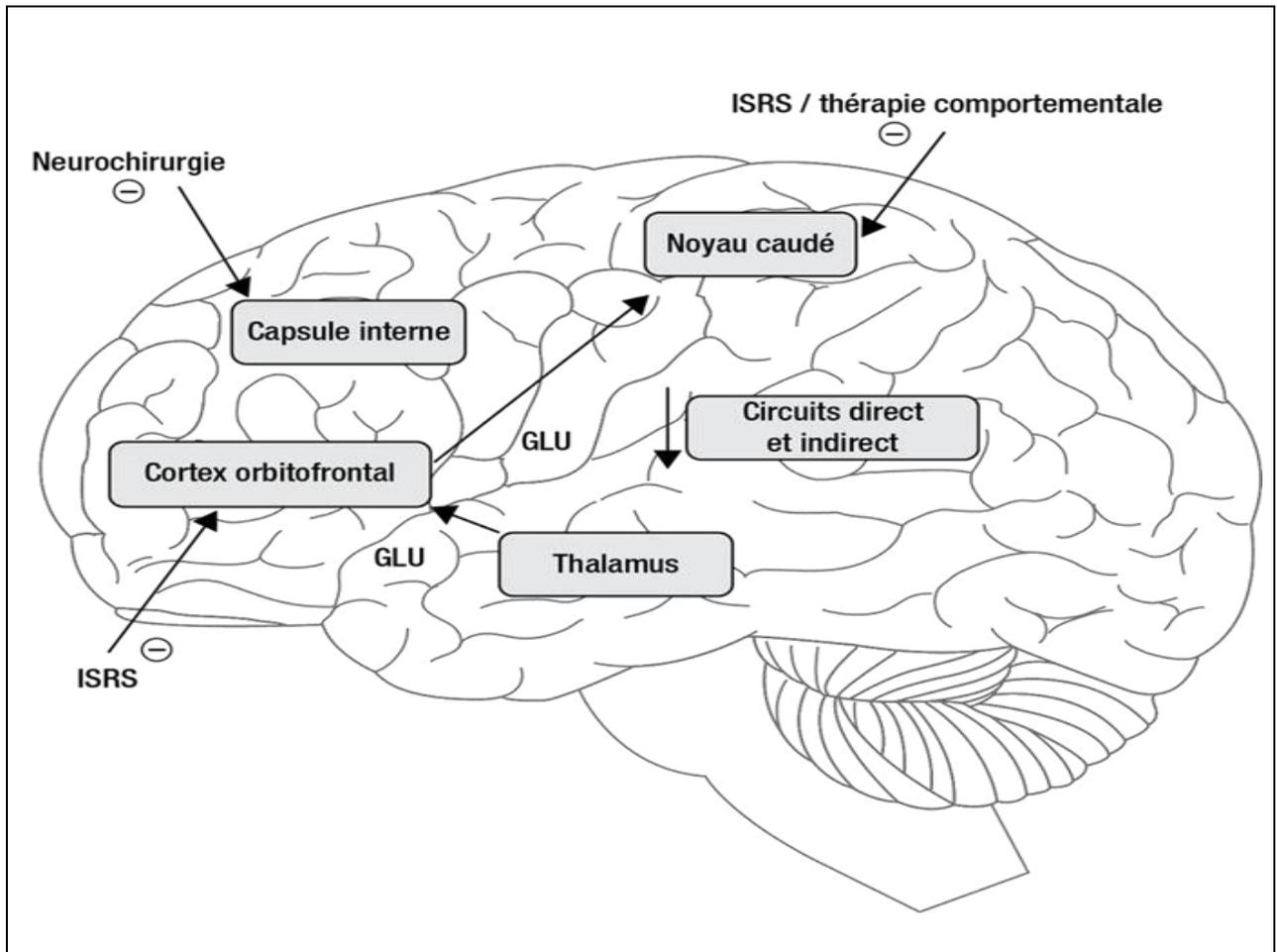
#### **6.4. Prise en charge intégrative**

Le traitement intégré vise à combiner les avantages de toutes les approches disponibles dans le but de maximiser les bienfaits thérapeutiques. Bien qu'une combinaison d'une TCC avec un traitement médicamenteux n'ait pas démontré de bénéfice significatif, une telle combinaison est toujours à essayer dans les cas réfractaires du TOC.

Les apports potentiels des approches complémentaires ou non spécifiques, telles les thérapies de soutien, cognitives, psychodynamiques ou familiales, ne doivent pas être négligés. Les différentes stratégies de potentialisation médicamenteuse ainsi que l'ultime recours à la neurochirurgie ont tous leur place dans le traitement intégré du TOC réfractaire.

La figure (1) illustre les sites d'action et les mécanismes d'action des principales modalités thérapeutiques utilisées de nos jours. Il s'agit d'une représentation schématique des principales structures cérébrales en cause dans le TOC et des sites d'action des diverses interventions thérapeutiques. Les ISRS diminuent l'activité métabolique au niveau du cortex orbitofrontal et de la tête du noyau caudé après un traitement prolongé. La thérapie comportementale réussie a le même effet sur le noyau caudé seulement. Les interventions neurochirurgicales consistent à effectuer une lésion au niveau du bras antérieur des capsules internes. Le glutamate (GLU) est le neurotransmetteur utilisé dans les circuits monosynaptiques entre le cortex orbitofrontal et le noyau caudé et entre le thalamus et le cortex orbitofrontal. Finalement, la diminution significative ou la disparition des symptômes obsessionnels-compulsifs n'est qu'une étape du traitement dont l'objectif final est l'intégration sociale et professionnelle de ces patients. Ils font souvent preuve d'un potentiel intellectuel et personnel remarquable qu'il faut savoir découvrir, apprécier et encourager. (Pierre, 2016, p.480).

**La figure (1) : Sites et mécanismes d'action des principales interventions thérapeutiques dans le TOC.**



Source : Adapté de Blier & al. (2006).

## Conclusion

Un trouble obsessionnel compulsif correspond toujours à une peur pour soi-même ou pour les autres. Par exemple : les compulsions de lavage, de vérification, de type comportemental et les obsessions de contamination, d'erreur, de perfection, et de malheur. Les deux types de symptômes, obsessions et compulsions, peuvent coexister chez un même sujet, la présence d'une autre pathologie psychiatrique associée à un TOC est souvent un signe de gravité : complication du TOC, chronicité, facteur prédictif de mauvaise réponse au traitement.

## **Chapitre 2**

# **Les compétences psychosociales**

## **Introduction**

L'homme est un être social par nature, exposé dans sa vie quotidienne à des problèmes et des pressions qui l'exposent à diverses maladies, notamment psychologiques comme les troubles dépressifs, les troubles anxieux, les troubles psychotiques...etc. La personne possède des capacités pour mieux gérer ses situations face à des fragilités quotidiennes pour vivre dans un état d'équilibre et de bien-être.

### **1. Histoire**

En 1986, dans la charte d'Ottawa de l'OMS<sup>4</sup>, la notion de compétences psychosociales (CPS), life skills en anglais, est présentée comme un élément essentiel de la promotion de la santé, comme un axe d'intervention majeur dans le cadre du développement des compétences individuelles. Mais c'est en 1993 que le concept de compétences psychosociales est largement mis en avant sur la scène internationale, dans le cadre d'un document de référence publié par l'OMS. Dans ces deux documents de base, l'OMS souligne l'importance de promouvoir ces compétences afin de favoriser la santé globale positive (physique, psychique et sociale). Depuis les années 2000, l'Unicef a publié de nombreux rapports sur les CPS<sup>5</sup> et cherche à favoriser l'implantation de programmes ou de parcours éducatifs visant à développer les CPS dans le monde entier. En amont et en parallèle du développement du concept via les grands organismes internationaux de santé publique, les CPS ont été travaillées et promues dans le cadre de programmes de prévention tels que le Life Skills Training (LST). Le célèbre programme LST de prévention de la consommation de substances psychoactives a été développé, à la fin des années soixante-dix, par un psychologue américain, Gilbert Botvin, et validé par des études d'efficacité. Depuis trente ans, de nombreux programmes de prévention

---

<sup>4</sup> Organisation mondiale de la santé

<sup>5</sup> Compétences psychosociales

s'appuyant sur les CPS ont été développés et validés sur différentes thématiques de santé (santé mentale, addictions, santé sexuelle, etc.). Les CPS se situent donc à la croisée de la promotion de la santé et de la prévention des problèmes de santé, de la santé physique et de la santé mentale. Elles sont aujourd'hui reconnues comme un déterminant clé de la santé et du bien-être sur lequel il est possible d'intervenir efficacement. (Yaelle, 2015, p.13).

## **2. Définitions des compétences psychosociales**

- **Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS)**

La capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social. (Lambooy, 2014, p.310)

- **La définition de la promotion de la santé**

La promotion de la santé permet aux gens d'améliorer la maîtrise de leur propre santé. Elle couvre une vaste gamme d'interventions sociales et environnementales conçues pour favoriser et protéger la santé et la qualité de vie au niveau individuel en luttant contre les principales causes de la mauvaise santé, notamment par la prévention, et en ne s'intéressant pas seulement au traitement et à la guérison. (OMS, Qu'est-ce que la promotion de la santé? who.int)

- **La définition de l'estime de soi et le sentiment de compétence**

«L'estime de soi est faite de quatre composantes: le sentiment de confiance, la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance à un groupe et le sentiment de compétence. Le sentiment de confiance est préalable à l'estime de

soi. En effet, il faut d'abord le ressentir et le vivre afin d'être disponible pour réaliser des apprentissages qui vont nourrir l'estime de soi. Il en va autrement des trois autres composantes. On peut stimuler la connaissance de soi, le sentiment d'appartenance et le sentiment de compétence à chaque stade du développement, à chaque période de la vie, par des attitudes éducatives adéquates et des moyens concrets. Il faut donc accorder une importance toute spéciale à la sécurité et à la confiance.» (Germain, 2000, p.115)

### **3. Les différentes classifications des compétences psychosociales**

#### **3.1. La Première classification des CPS selon l'OMS(années 1990)**

Compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social » (OMS, 1997). L'épanouissement de cette capacité globale de la personne de nature psychosociale s'appuie sur le développement d'une diversité de compétences individuelles indispensables à la vie. Ces diverses compétences sont également nommées habiletés ou aptitudes psychosociales (life skills ou social emotional competences en anglais). Elles sont présentées par l'OMS sous forme de cinq binômes (voir tableau ci-dessous).

**Tableau 1** : Première classification des CPS selon l'OMS (années 1990)

<b>Savoir résoudre des problèmes</b>	<b>Savoir prendre des décisions</b>
<b>Avoir une pensée créative</b>	<b>Avoir une pensée critique</b>
<b>Savoir communiquer efficacement</b>	<b>Être habile dans les relations interpersonnelles</b>
<b>Avoir conscience de soi</b>	<b>Avoir de l'empathie</b>
<b>Savoir réguler ses émotions</b>	<b>Savoir gérer son stress</b>

Dans les années 2000, l’OMS affine le périmètre de ces compétences psychosociales et propose une définition plus en adéquation avec l’évolution des connaissances scientifiques (Mangrulkar et al. 2001 ; OMS, 2003 ; OMS, 2009). Les compétences psychosociales sont nombreuses et regroupées autour des trois grandes composantes psychologiques de la personne : la composante cognitive (ou mentale), la composante émotionnelle (ou affective) et la composante sociale (ou relationnelle) (voir tableau 2 ci-dessous). Les CPS mobilisent donc sur un ensemble de connaissances, attitudes et habiletés et impliquent les trois grands systèmes psychologiques de la personne : affectif, cognitif et comportemental (Domitrovich et al. 2017).

À partir de cette définition de l’OMS, des programmes CPS validés et des derniers modèles théoriques et scientifiques en psychologie, il a été possible d’identifier « onze CPS socles » (Lamboy, 2018). Au regard de la littérature scientifique, ces onze CPS apparaissent comme essentielles pour favoriser le développement optimal de la personne, la santé, le bien-être et la réussite éducative. (Lomboy, 2021, p.21).

### **3.2. La classification des CPS en trois catégories : émotionnelles, sociales et cognitives, selon l’OMS :**

Dans des documents ultérieurs datant du début des années 2000, l’OMS propose une classification de ces dix CPS en trois catégories.

#### **• Les compétences émotionnelles**

Font référence à la capacité d’un enfant à gérer son stress et ses émotions agréables et désagréables. On les appelle aussi les compétences d’autorégulation car elles permettent à l’élève de maîtriser ses émotions pour réussir à vivre pleinement ses activités d’apprentissage. Selon le chercheur canadien Shanker (2013), l’autorégulation se rapporte au degré d’efficacité avec lequel l’enfant

**• Les compétences sociales ou relationnelles**

Recouvrent la capacité d'un jeune à communiquer efficacement, à faire preuve d'empathie, à formuler et recevoir des critiques, à résoudre des problèmes relationnels, à être habile dans les relations interpersonnelles.

**• Les compétences cognitives**

Désignent la conscience de soi et la capacité d'un individu à adopter une pensée critique et créative. Vous trouverez dans ce qui suit un tableau qui regroupe ces trois catégories de CPS telles que classifiées par l'OMS. Chacune de ces catégories est aussi importante que les autres. Ces trois familles ou catégories sont inter-reliées, de même que les compétences qui sont associées à chacune d'entre elles. Les compétences de régulation émotionnelle, par exemple, sont reliées à des compétences sociales de communication. Il est donc parfois difficile d'isoler une compétence dans une famille. Ces CPS et les compétences qui leur sont associées sont abordées les unes après les autres, sans être rattachées à une catégorie particulière de CPS. (Laure, 2019, p.15).

**Tableau 2** : Seconde classification des CPS selon l’OMS (années 2000)

<b>Compétences cognitives</b>	<b>Compétences émotionnelles</b>	<b>Compétences sociales</b>
<b>Compétences de prise de décision et de résolution de problème</b>	<b>Compétences de régulation émotionnelle</b> : gestion de la colère et de l’anxiété, capacité à faire face à la perte, à l’abus et aux traumatismes	<b>Compétences de communication verbale et non verbale</b> : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des feedbacks
<b>Pensée critique et auto-évaluation</b> : pouvoir analyser l’influence des médias et des pairs, avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, pouvoir identifier les (sources d’informations pertinentes)	<b>Compétences de gestion du stress</b> qui impliquent la gestion du temps, l’orientation de l’attention aux dimensions positives, et la maîtrise des techniques de relaxation	<b>Capacités de résistance et de négociation</b> : gestion des conflits, capacité d’affirmation de soi, résistance à la pression d’autrui/du groupe

	Compétences favorisant la confiance et <b>l'estime de soi, l'auto-évaluation et l'autorégulation</b>	<b>Empathie</b> : la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension
		<b>Compétences de coopération et de collaboration</b> en groupe
		<b>Compétences de plaidoyer</b> qui s'appuient sur les compétences de persuasion et d'influence

**Tableau 3** : Liste des « 11 CPS socles » issues de l’OMS, des programmes CPS validés et des modèles théoriques actuels

<b>Compétences cognitives</b>	<b>Compétences émotionnelles</b>	<b>Compétences sociales</b>
S'autoévaluer positivement	Comprendre les émotions	Communiquer de façon positive
Savoir être en pleine conscience	Identifier les émotions	Développer des relations positives
Savoir résoudre des problèmes	Exprimer ses émotions de façon adaptée	S'affirmer et résister à la pression sociale
	Réguler ses émotions	
	Gérer son stress	

Source : Lamboy, 2021, p.21.

### 3.3. La classification des CPS en cinq paires, selon l'OMS

L'OMS a défini dix CPS, toutes transculturelles, réparties en cinq paires.

- **Savoir résoudre les problèmes - Savoir prendre des décisions**

C'est apprendre à faire face aux problèmes que l'individu rencontre. Des problèmes qui, non gérés, peuvent le plonger dans un état de stress ou de fatigue intense. Des problèmes qui pourront lui faire perdre le contrôle, parasiter sa vie. C'est aussi apprendre à effectuer des choix, en évaluant les différentes options et obstacles potentiels, en élaborant un plan d'actions et en mettant en place les stratégies adéquates. Dans une classe, l'apprentissage de cette compétence se traduit par une pédagogie active qui responsabilise l'élève, lui laisse la possibilité de prendre des initiatives et de faire des choix de manière autonome, dans un cadre structuré. Une pédagogie qui le valorise, qui donne toute sa place à l'erreur pour qu'elle devienne une opportunité d'apprentissage. C'est encourager la coopération, l'échange, le débat, la réflexion individuelle et collective pour atteindre un objectif, mener à bien un projet ou gérer un problème récurrent comme l'oubli d'un matériel, la disparition d'une affaire, un problème de discipline, d'apprentissage, etc.

- **Avoir une pensée créatrice - Avoir une pensée critique**

Voilà une compétence qu'il faut urgemment développer, dans un monde certes merveilleux où l'on a accès à tous les savoirs en un clic, mais qui met aussi en péril l'esprit critique d'un individu. Le plus grand réflexe est souvent d'aller surfer sur le net pour trouver la réponse à une question, avant même de prendre le temps d'y réfléchir. Or la pensée critique permet d'analyser les faits d'une manière plus objective et la pensée créative aide à prendre des décisions, à résoudre des problèmes, à répondre à des questions en explorant des alternatives, en sondant l'imaginaire, la pensée. La pensée créative est un moyen de facilement déployer cette adaptabilité évoqué plus haut. Développer un esprit

critique pour un élève par exemple de cycle 3, c'est déjà apprendre à se poser des questions du type : « Qu'est-ce que je pense, moi ? Qu'est-ce que je ferais à sa place ? Qu'est-ce que je sais déjà ? Qu'est-ce qui m'autorise à dire cela ? Est-ce que mon travail est valable ? Comment puis-je mieux faire la prochaine fois ? » La pensée critique aide la personne à se construire, à s'affirmer aussi face à la pression de certains de ses pairs, à s'affranchir des premiers diktats qui l'entourent et à développer son adaptabilité, son imaginaire, sa confiance et sa capacité à résoudre des problèmes.

- **Savoir communiquer efficacement - Etre habile dans les relations interpersonnelles**

Communiquer efficacement, c'est être capable d'exprimer verbalement sa pensée, de façon appropriée et adaptée. C'est faire passer son message, en respectant ses besoins comme ceux des autres. C'est faire usage d'une communication positive, assertive, responsable et respectueuse de soi et de l'autre comme de l'environnement dans lequel on se trouve. Pour un élève de cycle 3, c'est par exemple exprimer son besoin du moment, comme demander de l'aide si nécessaire. C'est aussi se montrer à l'écoute et faire preuve d'empathie vis-à-vis de ses camarades. Savoir communiquer efficacement aide à s'affirmer en tant que personne, dans le respect de l'autre. Les rapports ainsi établis favorisent des relations saines, constructives, fiables et durables, contribuant ainsi au bien-être social et mental de celui qui développe de telles aptitudes relationnelles. Pour un élève de cycle 3, c'est aussi être capable de mettre fin, de manière constructive, à une relation toxique, nuisible.

- **Avoir conscience de soi - Avoir de l'empathie pour les autres**

Pour développer une communication efficace et des relations interpersonnelles constructives, il est important d'apprendre à se connaître en explorant ses traits de caractère, ses forces, ses faiblesses, ses centres d'intérêt,

ses valeurs, ses difficultés, etc. Dans une classe de cycle 3, vous pouvez aider la personne à identifier et développer ses forces pour qu'il puisse les développer au quotidien et s'appuyer dessus, notamment pour gérer ses faiblesses. Il est aussi possible de mettre en lumière les forces de la classe pour ensuite organiser des alliances ou partenariats de forces, etc. Avoir de l'empathie pour les autres, c'est entrer dans la maison de l'autre, imaginer ce que sa vie peut être ou vivre la situation de son point de vue. Développer cette compétence peut aider l'élève à accepter les autres et à les reconnaître dans leurs différences, améliorant ainsi les relations sociales et le climat de classe. La vie quotidienne à l'école regorge de situations où la mise en pratique est possible. Dans une classe, on peut imaginer ce que pense et ressent le héros d'une histoire. Dans une situation de tension ou de conflit, comme le cas d'un enfant qui demande pour la énième fois de rejoindre l'équipe de foot de la classe et qui pour la énième fois se fait rejeter, vous pouvez questionner celui qui le rejette afin qu'il se mette à sa place, imaginer ce qu'il aurait lui-même pu ressentir dans cette situation, etc. C'est le moyen de désamorcer la tension, naturellement et en douceur.

- **Savoir gérer son stress - Savoir gérer ses émotions**

Savoir gérer son stress, ce n'est pas le fuir, l'enfouir ou le nier, sinon il reviendra encore plus vite et plus fort. Pour gérer son stress, encore faut-il le reconnaître, être capable d'en déceler les signes, les causes et les effets. Dans une classe de cycle 3, apprendre à dominer et à réguler le stress passe d'abord par un travail sur l'intelligence émotionnelle : qu'est-ce qu'une émotion ? A quoi sert-elle ? Quels sont les besoins qu'elle exprime ? Après le temps de la compréhension vient celui de l'expression : comment exprimer ce que l'on ressent, développer et utiliser un vocabulaire émotionnel adapté ? Puis vient enfin le temps de la régulation : comment gérer son stress et ses émotions désagréables ? Comment développer et apprécier les émotions agréables de sa vie, qui représentent un moyen formidable de se ressourcer et de se revigorer ?

Vous pouvez explorer avec vos élèves de cycle 3 différentes techniques : relaxation, méditation, sophrologie, massage, mouvements, dessins, musique, etc. Les émotions peuvent être un formidable levier pour l'apprentissage comme elles peuvent le paralyser complètement. Alors autant en faire des alliées ! (Laure, 2019, p.11).

#### **4. Des outils pour développer les CPS**

Il existe de nombreuses mallettes pédagogiques pour animer des séances d'éducation pour la santé. Parmi ces outils, certains sont particulièrement conçus pour renforcer les aptitudes psychosociales des enfants. Vous trouverez ci-dessous quelques exemples qui illustrent la manière dont on peut, à travers ces activités, développer les compétences psychosociales des enfants et des adolescents.

- Papillagou et les enfants de Croque-Lune (pour les enfants de 6 à 12 ans) ;
- Feeling : un jeu de plateau pour développer les compétences émotionnelles des adolescents ;
- Le jeu des cacahuètes : fiche d'animation tirée du cartable des compétences psychosociales.

Le jeu des cacahuètes est un jeu pour les 10-12 ans. Participants : 6 à 25 – Durée : 20 à 30 minutes, son objectifs : Observer la diversité des réactions face à un problème commun, dans un groupe ; Savoir dire non, argumenter ; Identifier différents types de pressions que l'on peut subir ; Prendre conscience de l'influence du groupe.

Jeu de prévention des conduites à risque pour les jeunes de 14 à 25 ans : O'Rhune Ce jeu permet d'animer des débats sur les relations aux adultes et aux pairs, les relations affectives et sexuelles et les conduites addictives en faisant appel à une stratégie de coopération. Ce jeu peut être utilisé par des professionnels souhaitant animer des temps d'échanges avec des jeunes à partir de 14 ans.

Objectifs : Ouvrir des espaces de réflexion et d'échanges autour de la prévention des conduites à risque ; expérimenter un espace de collaboration et une stratégie collective; Renforcer certaines compétences psychosociales.

(CPS – Littératie, compétences psychosociales (CPS))

### **5. L'objectif de développement des compétences psychosociales**

Chez les enfants, le renforcement des CPS favorise le développement global (social, émotionnel, cognitif, physique), améliore les interactions, augmente le bien-être et contribue donc à diminuer les comportements défavorables à la santé et à augmenter les comportements favorables. Les CPS jouent aussi un rôle essentiel dans l'adaptation sociale et la réussite éducative.

Chez les adolescents, outre les effets observés chez l'enfant (développement global, bien-être, etc.), le développement des CPS permet de prévenir la consommation de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool), les problèmes de santé mentale, les comportements violents et les comportements sexuels à risque.

Chez les adultes, il agit toujours sur le bien-être subjectif et la qualité des relations. Il favorise, chez les parents, les pratiques éducatives positives. L'empathie, la capacité à répondre adéquatement aux besoins fondamentaux et la mise en œuvre de règles et de limites constructives en sont des exemples. Ces compétences et pratiques éducatives permettent l'établissement de relations positives entre parents et enfants, et augmentent le sentiment d'efficacité parentale. Ces CPS parentales ont également de l'impact sur les enfants et les adolescents. Chez les enfants, elles sont associées à une meilleure estime de soi, des capacités de résilience, de meilleurs résultats scolaires, de plus grandes compétences sociales, une moindre association à des pairs ayant des comportements antisociaux et un faible niveau d'anxiété et de dépression. Chez les enfants et les adolescents, il a été démontré que les CPS parentales étaient

des facteurs de protection des troubles de comportements et de l'abus de substances. (Yaelle, 2015, p.14).

## **6. La réhabilitation psychosociales**

La réhabilitation psychosociale vise l'autonomie psychosociale de la personne handicapée par ses troubles psychiques et la reprise d'une vie sociale et professionnelle effective. Nous étudions, au sein d'une structure de réhabilitation psychosociale, l'influence de l'alliance thérapeutique et de l'insight sur les habiletés psychosociales, la qualité de vie et l'insertion professionnelle pour cinq sujets souffrant de schizophrénie. Les résultats montrent l'importance de l'influence probable de l'alliance thérapeutique sur l'évolution des sujets et la difficulté à se saisir de façon opérationnelle et cliniquement pertinente du concept d'insight. Les résultats restent difficilement généralisables compte tenu du faible effectif et encouragent des études sur un plus grand nombre de sujets.

### **6.1. L'efficacité de la réhabilitation psychosociale**

Le suivi intensif dans le milieu, la psychoéducation familiale, le soutien à l'emploi, l'entraînement aux habiletés sociales et la thérapie cognitive ont démontré leur efficacité en termes de réinsertion psychosociale d'individus souffrant de schizophrénie (réduction du nombre d'hospitalisations, amélioration de la symptomatologie et insertion socioprofessionnelle)

### **6.2. Les facteurs prédictifs de la réhabilitation psychosociale**

La précocité et la régularité de la prise en charge, l'absence de consommation de toxiques et de comorbidités psychiatriques, l'expression émotionnelle, la conservation des fonctions cognitives et la faible intensité de la symptomatologie sont des facteurs prédictifs favorisant l'adaptation sociale et donc la réinsertion professionnelle des patients souffrant de schizophrénie. Dans un travail qui a été effectué par des chercheurs, ont proposez d'envisager

l'alliance thérapeutique et l'insight comme pouvant favoriser les habiletés psychosociales et l'insertion professionnelle.

L'alliance thérapeutique : elle favorise l'adhésion au traitement et le succès des psychothérapies. Elle est « un levier sur lequel le patient s'appuie pour adhérer à la thérapie et poursuivre son traitement » et elle repose sur trois composantes que sont l'accord sur les buts, sur les tâches et la qualité du lien thérapeute-patient. L'insight: c'est une notion complexe incluant la conscience du trouble mental, de ses conséquences sociales et des bénéfices du traitement. Il semblerait toutefois que la conscience de soi (introspection) favorise l'engagement dans un processus de réhabilitation psychosociale. Les chercheurs disent que : « On peut donc imaginer que l'insight puisse encourager l'élaboration d'un projet socioprofessionnel adapté aux ressources de l'individu ». Les habiletés psychosociales : elles font référence à l'autonomie du sujet dans la vie quotidienne. Certaines variables psychosociales semblent avoir un impact sur le taux de réembauche. Et inversement, le processus de réhabilitation psychosociale favorise la socialisation, la qualité des relations familiales et extrafamiliales. La mise en situation de travail: les structures de réhabilitation psychosociale, comme le SAIPPH (Élan Retrouvé, Paris), ont pour mission l'accompagnement des personnes handicapées vers une insertion professionnelle. Elles proposent des suivis individuels, divers groupes sur le travail (information, projet, de paroles. . .), des évaluations et des mises en situation. Tout cela devrait favoriser la réinsertion professionnelle. (Lucille, 2012, p.138).

## **Conclusion**

Les compétences psychosociales représentent un vaste ensemble de compétences pouvant être regroupées en trois grandes catégories : les compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Elles occupent une place centrale dans le développement de la personne et représentent des déterminants

majeurs de la santé globale sur lesquels il est nécessaire d'agir précocement si l'on souhaite favoriser le développement de comportements favorables à la santé et promouvoir efficacement la santé et le bien-être.

# **Chapitre 3**

## **Problématique et hypothèses**

L'homme est un être vivant complexe. Il est normalement doté d'une santé physique, qui fonctionne harmonieusement, quand aucune fonction vitale n'est atteinte, indépendamment d'anomalies ou d'infirmités dont il peut être affecté. Ceci allant de pair avec une santé mentale qui est la capacité humaine à s'adapter à l'environnement qui l'entoure.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social, [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». (OMS, 1946).

La santé englobe deux pôles ; la santé physique et la santé mentale et nous on va se focaliser sur la santé mentale qui se définit : Selon le Comité de la santé mentale du Québec (1994), « *la santé mentale, définie comme l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné, s'apprécie entre autres à l'aide des éléments suivants : le niveau de bien-être subjectif, l'exercice des capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu. Elle résulte d'interactions entre des facteurs biologiques, psychologiques et contextuels. Ces facteurs sont en évolution constante et s'intègrent de façon dynamique chez la personne. La santé mentale est liée tant aux valeurs collectives d'un milieu qu'aux valeurs propres à chaque personne. Elle est influencée par des conditions multiples et interdépendantes telles que les conditions économiques, sociales, culturelles, environnementales et politiques. Dans cette perspective, la santé mentale peut également être considérée comme une ressource collective à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes prises individuellement* ». (Martin, 2016, p.3).

Dans un bon nombre de pays dans le monde, notamment dans les pays sous-développés, la santé mentale et les troubles mentaux n'ont malheureusement pas la même importance que celle située sur le plan physique.

Beaucoup de gens utilisent une variété de termes pour désigner un problème de santé mental, tels que « *folie, psychopathie, maladie mentale, trouble mental ou trouble psychologique* » même si ceux-ci sont considérés comme des synonymes.

Selon le gouvernement du Québec (2012), un trouble psychologique désigne « *des signes et des symptômes caractérisés par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement entraînant un état de détresse ou de souffrance et un dysfonctionnement importants* ». Parmi ces troubles on trouve, troubles dépressifs, troubles bipolaires, troubles neurodéveloppementaux, troubles anxieux, troubles du registre schizophrénique et psychotique... Dans notre recherche on va se concentrer sur un type parmi ceux cités qui est le trouble obsessionnel compulsif.

Le trouble obsessionnel compulsif est une pathologie psychiatrique assez fréquente, elle fait partie des troubles anxieux. D'après les statistiques, elle touche beaucoup plus les jeunes notamment les enfants, elle se caractérise par des obsessions et des compulsions. Ces dernières sont des idées obsédantes intrusives et persistantes qui sont en désaccord avec la pensée et les compulsions qui sont des rituels, des actes que le sujet se sent obligé et forcé d'accomplir sous un sentiment d'angoisse, ayant pour but de prévenir ou diminuer l'anxiété engendrée par les obsessions ou d'empêcher un événement redouté.

Le Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est probablement le trouble anxieux le plus grave et le plus perturbant pour la vie de la personne et de son entourage. Le TOC serait ainsi la 4ème pathologie psychiatrique la plus fréquente après les troubles phobiques, les troubles liés aux toxiques (alcool et drogue) et les troubles dépressifs. L'âge de début est typiquement entre 8 et 18 ans, en moyenne à l'âge de 12 ans. La maladie débute après 35 ans chez seulement 15 % des patients.

Elle atteint 2 à 3 % de la population générale, touchant autant d'hommes que de femmes (Karno, 1988). En Europe, la prévalence du TOC sur un an est d'environ 0,7 %. (Découvrir les Thérapies Comportementales, Cognitives et émotionnelles. [tcc.apprendre-la-psychologie.fr](http://tcc.apprendre-la-psychologie.fr))

En Algérie, le nombre de personnes atteintes de ce trouble demeure inconnu seulement des données parcellaires sont recueillies car aucune étude épidémiologique n'a été réalisée à ce jour. (Troubles mentaux en nette progression en Algérie : la prise en charge en deçà des attentes, 2017)

Ce trouble influence la qualité de vie de la personne soit psychologiquement, physiquement ou socialement et tout dépend de ses capacités à gérer de façon correcte ses obstacles journaliers.

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les Compétences psychosociales (CPS) représentent l'habileté d'une personne à gérer de manière efficace les demandes et difficultés quotidiennes. Elles permettent à l'individu de maintenir son bien-être psychologique tout en étant capable d'interagir de manière appropriée et constructive avec son entourage.

Les compétences psychosociales, permettent de développer ces aptitudes individuelles, et agissent sur le bien-être et la santé globale : « *Plus particulièrement, quand les problèmes de santé sont liés à un comportement, lui-même lié à une incapacité de répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie, l'amélioration de la compétence psychosociale permet d'agir et d'améliorer ces comportements et ainsi contribuer à la promotion de la santé et du bien-être* ». (OMS, 1993).

Parmi les théories psychologiques qui traitent notre thématique de recherche qui s'intitule « *l'influence de trouble obsessionnel compulsif sur les compétences psychosociales* », on a la théorie psychanalytique dont le père fondateur est bien S. Freud. Selon lui, les obsessions ne peuvent être rattachées à la neurasthénie et ne résultent pas de la dégénérescence mentale.

L'obsession correspond à l'association d'une idée, qui s'impose au patient, à un état émotif. Dans les phobies, l'état émotif est purement l'angoisse. Dans les obsessions, l'état émotif correspond au doute, au remords ou à la colère. Dans les phobies, l'angoisse est projetée sur le monde extérieur, alors que lors des obsessions, elle est liée à des idées (des représentations), et n'est pas déclenchée par des objets et des situations extérieures. Les idées obsédantes ont un sens que Freud cherche à élucider par l'analyse. Finalement, l'idée obsédante substituée à l'idée initiale représente un acte de défense (*Abwehr*) contre l'idée inconciliable.

Freud fait l'hypothèse d'un conflit entre deux énergies : celle des pulsions et celle de la répression effectuée par le Surmoi. Ce conflit va obliger le Moi du sujet à établir un compromis. Ce compromis se traduit par l'idée obsédante et le rituel qui ont été isolés de leur origine affective. L'idée obsédante représente donc une forme de compromis entre désirs et interdits. Le désir, que Freud rattache à la trace mnésique laissée par les vécus infantiles, en est le moteur. Le cas de « *l'homme aux rats* » publié dans les Cinq psychanalyses étaye la théorie. Celle-ci relie l'obsession à : « *des reproches transformés resurgissant hors du refoulement, et qui se rapportent toujours à une action sexuelle de l'enfance exécutée avec satisfaction* ». L'obsessionnel voit se dérouler une lutte entre la résurgence de ces pulsions sexuelles et un « *Surmoi cruel* » qui les lui interdit. L'obsession est une formation de compromis entre ces désirs et le Surmoi. (Cottraux, 2004, p.53).

En revanche, la théorie cognitive et comportementale (TCC) considère le symptôme du patient comme extérieur à lui et son but est de faire disparaître le symptôme. La TCC est fortement indiquée dans le TOC en raison de ses bons résultats pour faire disparaître le symptôme obsessionnel-compulsif (Bouvard, 2006). La stratégie comportementale consiste en une prévention de la réponse compulsive lorsque le sujet est exposé graduellement aux stimuli déclencheurs des obsessions compulsions.

Elle est combinée à une thérapie cognitive destinée à modifier les fausses croyances liées aux obsessions. Ainsi, une TCC basée sur l'exposition (en imagination ou dans la réalité) au stimulus anxiogène et la prévention des réponses ritualisées suite à cette exposition sera proposée aux patients voulant se débarrasser de leurs symptômes sans forcément vouloir analyser la raison historique de la survenue de ces symptômes. (Martin, 2008, p.34).

On a emprunté comme arrière-plan une approche intégrative de deux approches, la théorie psychanalytique car on a utilisé quelques concepts de la psychanalyse dans notre guide d'entretien comme : la relation d'objet... et la théorie cognitivo-comportementale pour avoir appliqué une échelle comme technique de recherche.

Notre rencontre avec les patients atteints de trouble obsessionnel compulsif s'est effectué par la réalisation d'une pré-enquête tenue au sein d'EPSP d'Amizour dans le bureau de psychologie où on a effectué nos entretiens avec les concernés.

À partir de l'observation de quelques cas qui nous a marqués et qui nous a incités à travailler sur les compétences psychosociales de cette catégorie de patients, il nous a semblé intéressant d'explorer ce problème.

Notre choix a pour but de cerner la qualité de compétence psychosociale et détecter le degré de trouble obsessionnel compulsif en utilisant l'entretien semi-directif et l'application de l'échelle de Yale-Brown sur le trouble obsessionnel compulsif.

Sur la base de tout ce qui a été avancé au préalable, on peut poser les questions suivantes :

- Comment les patients atteints de trouble obsessionnel compulsif gèrent-ils leur maladie ?
- Quels sont les facteurs qui contribuent à l'acquisition des compétences psychosociales chez les personnes atteintes de trouble obsessionnel compulsif ?

En vue de répondre aux questions posées précédemment, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

### ***Hypothèse générale***

Le trouble obsessionnel compulsif est une pathologie chronique prise comme variable indépendante agissant sur la variable dépendante qui a pour référent les compétences psychosociales qui diffèrent d'un cas à un autre, dans le but de souligner l'impact de trouble obsessionnel compulsif sur les compétences psychosociales.

### ***Première hypothèse***

Les personnes atteintes de trouble obsessionnel compulsif réagissent selon le degré de cette atteinte et ne gèrent pas de la même façon leur pathologie car chaque cas diffère d'un autre en utilisant divers mécanismes tels que : l'hésitation, le doute, l'isolation, l'annulation et formation réactionnelle... etc.

### ***Deuxième hypothèse***

Les facteurs favorisant ou entravant l'acquisition des compétences psychosociales revêtent par des composants dont chacun se caractérise par deux aspects : l'apport de l'environnement favorable ou défavorable, l'investissement dans une collectivité ou non, la possibilité de comparer des informations émanant de sources différentes ou non et avoir conscience de ses émotions ou non.

**Opérationnalisation des concepts****Le trouble obsessionnel compulsif**

- Des images intrusives.
- Des pensées et des comportements, répétés et irraisonnés.
- Une peur de perdre le contrôle.
- Le doute et l'hésitation.
- Des vérifications excessives.

**Les compétences psychosociales**

- Compétences de communication verbale et non verbale.
- Compétences de régulation émotionnelle.
- Compétences de prise de décision et de résolution de problème.
- Capacités de résistance et de négociation.
- Pensée critique et auto-évaluation.
- Compétences favorisant la confiance et l'estime de soi.

## **Chapitre 4**

# **Méthodologie de la recherche**

## **Introduction**

Après l'achèvement de la partie théorique, il est indispensable de présenter une méthodologie de recherche qui est l'ensemble de règles et de démarches adoptées par un chercheur pendant son travail de recherche. Au cours de celui-ci, on a utilisé la méthode clinique qui englobe un entretien clinique et une échelle. L'entretien clinique semi directif qui est un dispositif de base et l'échelle comme outil d'exploration psychologique.

## **I. Démarche de la recherche et population d'étude**

### **1. Lieu de recherche et population d'étude**

#### **1.1. Lieu de recherche**

On a effectué notre stage pratique à la polyclinique d'Amizour Béjaïa, sous la direction d'EPSP ELKSEUR, qui dispose d'un seul bureau de psychologie où il y a deux psychologues; l'une est spécialisée en psycho-oncologie et l'autre en psychologie scolaire.

Dans notre cas, on a effectué notre stage avec la première psychologue qui est plus proche de la psychologie clinique. On a aussi rencontré un psychiatre qui nous a orientés vers quelques cas.

#### **1.2. Population d'étude**

- **La sélection de notre population d'étude**

Nous avons constitué une population d'étude qui se compose de deux patients atteints de trouble obsessionnel compulsif, la situation sanitaire due à la propagation de la pandémie Covid-19 a entravé l'évaluation de d'autres personnes ayant un trouble obsessionnel compulsif dont on était obligé de voir que deux cas en pré-enquête et deux autres cas en enquête, avec ces derniers on a travaillé dans l'anonymat et en tenant compte les critères suivants :

- **Critères d'homogénéité retenus**
  - Tous les cas qui ont participé à notre recherche sont atteints de trouble obsessionnel compulsif.
  - Tous les cas sont des adultes âgés entre 26 et 38 ans parce que notre recherche est centrée sur cette tranche d'âge.
- **Critères non pertinents de sélection**
  - Des sujets qui sont prêts
  - Notre population d'étude est variée, elle intègre les deux sexes féminins et masculins
  - Le niveau socioculturel n'est pas pris en considération car ce trouble touche toutes les classes sociales
  - Les enfants et les adolescents ne sont pas concernés car notre étude s'intéresse aux adultes, comme cité précédemment.

**Tableau** : récapitulation des caractéristiques de notre population d'étude

Cas	Age	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	Apparition de la pathologie
Kahina	35ans	3 <sup>ème</sup> année moyenne	Femme au foyer	Mariée	2015
Nassima	33ans	Licence	Enseignante	Mariée	2008

## **2. Démarche de la recherche**

### **2.1. Le déroulement de la recherche**

#### **A. La pré-enquête**

la pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. De même, la pré-enquête permet de fixer, en meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien finaux que partiels, que le chercheur aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses. (Aktouf, 1987, p.102)

Notre pré-enquête s'est déroulée au niveau de polyclinique, bureau de psychologie d'Amizour Bejaïa. Cette période de deux mois de stage (13-03-2021 au 13-05-2021) nous a permis de bien déterminer notre objet d'étude et d'élaborer notre problématique et nos hypothèses.

En respectant l'éthique et la déontologie de la recherche, on a demandé le consentement éclairé des patients qui ont pris part à cette dernière.

On a effectué deux entretiens l'un avec un homme et l'autre avec une femme qui sont atteints de trouble obsessionnel compulsif. L'entretien s'est déroulé en kabyle, langue maternelle des deux sujets. On a posé quelques questions sur leur pathologie, leurs relations et leur milieu social

Le but de la réalisation de la pré-enquête, est l'élaboration des hypothèses de notre recherche, ainsi que la vérification de nos outils d'investigation, est ce que se sont suffisant d'un côté, et de l'autre est ce ces outils sont adéquats pour le recueil des données dont on a besoin, et pour que on se renseigne si nos questions posées dans l'entretien sont des questions claires et compréhensibles de la part des malades selon le sens qu'on a souhaité réellement étudier.

## **B. L'enquête**

L'enquête est une « méthode interrogative » (Matalon, 1992). Elle permet de mesurer la perception que les individus ont des objets sociaux. L'enquêteur provoque la situation et met les sujets en situation de verbalisation de leurs points de vue, comportements et connaissances. (Salès, 2006, p.8)

Après avoir rencontré la psychologue dans son bureau, on a demandé que l'on nous propose des cas qui traitent notre thématique. En premier lieu, nous avons commencé par l'entretien clinique semi-directif suivi directement de la passation à l'échelle.

### **2.2. La méthode clinique**

La méthode clinique envisage « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui le motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits » (chahraoui, 2003, p.11)

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretien...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte du problème) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit de informations, le second vise à comprendre un sujet. Celui-ci peut être défini à partir de trois postulats : la dynamique, la genèse et la totalité. Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. L'être humain est une totalité inachevée qui évolue en

permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie. Dans ce cadre, les principes de la méthode clinique pourraient être la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution de ces conflits. (Pedineilli, 1999, p.10). En l'occurrence dans notre recherche on va utiliser l'étude de cas qui est indispensable.

### **2.2.1. L'étude de cas**

Selon Sigmund Freud en (1918) : « *Naturellement, un cas unique ne renseigne pas sur tout ce que l'on voudrait savoir. Plus exactement, il pourrait tout enseigner pour autant qu'on fût en état de tout comprendre et qu'on ne fût contraint, par inexpérience de sa propre perception, de se contenter de peu.* » (Nathalie, 2012, p.1).

L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs. La description répond aux questions qui, quoi, quand et comment. L'explication vise à éclairer le pourquoi des choses. La prédiction cherche à établir, à court et à long terme, quels seront les états psychologiques, les comportements ou les événements. Enfin, le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements des individus. Bien sûr, une combinaison de ces quatre finalités est tout à fait possible. (Gagnon, 2012, p.2).

- **L'objectif de l'étude de cas**

L'étude de cas sert à identifier les connaissances concernant un individu donné. Elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, tests projectifs, questionnaires, échelles clinique, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie.

Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, des causes, le développement de l'évolution d'un trouble. L'objectif de l'étude de cas n'est pas de prouver ou de démontrer mais plutôt d'élaborer des hypothèses. (Chahraoui, 1999, p.126).

### **2.2.2. Les attitudes du clinicien**

- **La non-directivité**

Selon Rogers (2005), la notion de non-directivité signifie que le clinicien laisse le sujet s'exprimer sur le thème de l'entretien. Il l'interrompt peu, fait quelques interventions qui manifestent une écoute attentive. Dans tous les cas, il le laisse exprimer ses idées librement sans essayer de l'influencer. Pour ceci, le clinicien établit un climat de confiance : il fait preuve de compréhension, d'empathie, de respect. Cette attitude non-directive « implique que le clinicien ou le thérapeute ait confiance en son patient et dans ses capacités d'auto direction, de changement et dans ses possibilités personnelles » (Chahraoui, 1999, p.18) En adoptant cette attitude, il va aider le patient à prendre une position de sujet : ce dernier va prendre conscience de ses difficultés et trouver par lui-même ce qu'il doit faire ou accepter pour améliorer la situation. Cette attitude est surtout utilisée dans l'entretien non-directif.

- **L'empathie**

Le clinicien fait preuve d'empathie : il essaye de comprendre le monde intérieur du sujet sans s'identifier à ses sentiments (peurs, angoisses, colère...). Selon Rogers, il s'agit de « sentir le monde privé du client comme s'il était le vôtre, mais sans jamais oublier la qualité de « comme si »... Sentir les colères, les peurs et les confusions du client comme si elles étaient vôtres, et cependant

sans que votre propre colère, peur ou confusion ne retentissent sur elles ; telle est la condition que nous essayons de décrire » (Rogers, 2005, p.36). Cette compréhension empathique participe à la mise en confiance du patient.

- **Le respect**

Le clinicien respecte la personnalité du patient, ses valeurs, son histoire, sa culture. Il se doit également de prendre en compte et de respecter certains aménagements défensifs du patient qui ont une valeur protectrice pour lui (Chahraoui, 1999).

- **La neutralité bienveillante**

Le terme de neutralité bienveillante vient de Freud (Chiland, 1999). Il signifie que le clinicien tente de montrer le moins possible ce qu'il ressent : « la neutralité, ce n'est pas seulement ne pas laisser paraître ce qu'on éprouve, c'est prendre conscience de ce qu'on éprouve et n'être pas gouverné par des réactions non contrôlées dans la compréhension du patient et dans la réponse qu'on lui donnera. » (Chiland, 1999, p.18). Rogers, dans sa démarche « résolument optimiste » (Chiland, 1999, p.33) va même plus loin : il préconise une attention positive inconditionnelle au sujet.

- **L'engagement**

Dans le courant sociologique, certains auteurs abandonnent cette notion de neutralité et adoptent une attitude d'«engagement». Selon Kaufman (2007), celui qui pose des questions doit s'engager car s'il reste dans une position neutre, son interlocuteur ne se livre pas, il n'ose pas donner son avis, ses opinions profondes. « C'est l'exact opposé de la neutralité et de la distance qui convient : la présence forte, bien que discrète, personnalisée de l'enquêteur » (Kaufman, 2007, p.53). L'engagement peut impliquer que l'intervieweur donne son avis, réponde aux questions. (chillet, 2011, p.21-22).

## II. Techniques utilisées et leurs analyses

### 1. Les techniques utilisées

#### 1.1. L'entretien clinique

L'entretien clinique est une méthode de recueil d'informations qui consiste en des entretiens oraux, individuels ou de groupes, avec plusieurs personnes sélectionnées soigneusement, afin d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations, dont on analyse le degré de pertinence, de validité et de fiabilité en regard des objectifs du recueil d'informations. (Katele, 2009, p.14).

L'entretien clinique en psychologie clinique se situe généralement dans un contexte : d'aide ou de soins psychologiques, de diagnostic ou d'évaluation psychologique ou de recherche clinique. (Chahraoui, 1999, p.12-13)

L'entretien clinique a trois types : directif, semi directif et non directif et notre entretien s'est focalisé sur le second type.

##### 1.1.1. L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif combine attitude non directive pour favoriser l'exploration de la pensée dans un climat de confiance et projet directif pour obtenir des informations sur des points définis à l'avance. La nécessité d'assurer à la fois la réexpression compréhensive au niveau de chaque séquence et la souplesse des transitions pour introduire les thèmes demande un entraînement solide et une bonne connaissance du guide d'entretien. (Nicole, 2006, p.78)

Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées de manière directive ; il s'agit d'avantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Chahraoui, 1999, p.69).

Dans cette recherche, on a d'abord adopté l'entretien semi-directif dans le but de répondre à nos hypothèses, puis passé à l'application d'échelle.

- **Consignes avant l'utilisation de l'échelle**

Avant d'engager l'entretien avec les questions données au patient une définition des obsessions et des compulsions nécessite un éclairage comme suit :

-« 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. »

« les compulsions, d'un autre côté, 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. »

Je vais vous donner quelques exemples d'obsessions-compulsions :

Un exemple d'obsession serait la pensée récurrente ou le désir impulsif de faire gravement mal physiquement à vos enfants, même si vous ne l'aviez jamais voulu. »

Un exemple de compulsion serait le besoin de vérifier le verrou de la porte d'entrée six fois avant de pouvoir quitter la maison. Si la plupart des compulsions sont des comportements observables, d'autres sont des actes mentaux inobservables comme une vérification silencieuse, ou la nécessité de répéter des phrases qui n'ont pas de sens pour vous, chaque fois que vous avez une mauvaise pensée. »

*« Avez-vous des questions à poser sur le sens de ces deux mots ? (si non, continuez). »*

En cas de mesures répétées, il n'est pas nécessaire de donner à nouveau ces définitions et ces exemples au patient dans la mesure où l'on est sûr qu'il les

a bien compris. Il peut être suffisant de lui rappeler que les obsessions sont des pensées et les compulsions sont des actes, que l'on se sent obligé de faire, actes ou rituels mentaux.<sup>6</sup>

### • Guide d'entretien

#### Informations personnelles

- Comment vous appelez-vous ?<sup>7</sup>
- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre situation familiale ?
- Avez-vous des enfants ?
- Niveau d'instruction ?
- Exercez-vous une profession ? si oui, laquelle ?

#### Axe 1 : Informations concernant le trouble

- Quel âge avez-vous lorsque ce trouble est apparu ?
- A quel moment est-il apparu, dans quelle circonstance ?
- Avez-vous vécu une situation angoissante ou traumatisante avant l'apparition de ce trouble ?
- Avez-vous des comportements à répétition sur un acte quelconque ?
- Combien de fois vous vérifiez la porte, vous vous lavez les mains, ... ? et vous prenez combien de temps ?
- Quelles sont les idées qui vous viennent à l'esprit avant de faire l'acte à répétition ?
- Est-ce que vous paniquez si rien n'est rangé ?
- Avez-vous ce besoin de tout contrôler ? (cette crainte de perdre le contrôle)
- Avez-vous peur d'être contaminé à la suite d'un contact ?

---

<sup>6</sup> Lwaswas ayi dhetakhemam negh d laf3ayel, nethoussou beli obligé felanegh ahentenakhedem o tiswi3in ikhedmagh l9al9a.

<sup>7</sup> Le nom sera changé pour garder l'anonymat

- Quelles sont les idées qui vous viennent à l'esprit avant de dormir ? et dès que vous vous réveillez ?

### **Axe 2 : Relation d'objet**

- Comment est votre relation avec votre conjoint (e) ?
- Avez-vous une souffrance physique ou psychique suite à cette pathologie, est-ce qu'elle entrave votre rôle au sein de votre famille?
- Comment est votre relation avec les membres de votre famille ? et comment ils perçoivent votre pathologie ?
- Est-ce que vous avez essayé d'associer les membres de votre famille à vos rituels compulsifs ?
- Comment est votre relation au sein de votre milieu professionnel ?
- Est-ce que vous avez des loisirs ?

### **Axe 3 : Informations sur le vécu de trouble**

- Etes-vous conscient de votre trouble ?
- Arrivez-vous à vivre avec ?
- Que représente ce trouble pour vous ?
- Avez-vous souffert depuis longtemps (des années) avant que le trouble ne soit diagnostiqué ?
- Est-ce que vous avez consulté un spécialiste de santé pour votre trouble (psychiatre, psychologue, médecin, Roukia,...) ?

### **Axe 4 : compétences psychosociales (informations sur les interactions sociales et familiales)**

- Avez-vous peur d'agir de manière inappropriée en public ?
- Avez-vous peur d'être critiqué ou jugé par les autres ?
- Est-ce que vos rituels et vos compulsions présentent des obstacles dans votre famille ou dans votre milieu professionnel ?

- Quelle est la réaction de votre environnement- familial et professionnel- à ce trouble ?
- Comment arrivez-vous à gérer votre trouble au sein de votre vie quotidienne?

### **1.2. Echelle YALE-BROWN sur le trouble obsessionnel compulsif**

En psychométrie, une échelle est une batterie de tests permettant de classer des individus examinés en différents niveaux. Ce qui fait l'objet d'une évaluation peut être des niveaux de développement moteur, des niveaux de développement intellectuel, mais aussi d'un classement des traits de personnalité ou des attitudes.

En psychologie différentielle, les échelles sont en général des épreuves constituées d'items ordonnés par difficulté croissante. Elles permettent d'évaluer un niveau souvent exprimé en termes d'âges ou de stades.  
<https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-echelle.html>

Lorsque le clinicien au cours d'une évaluation soupçonne la présence d'un trouble obsessionnel compulsif, il dispose de divers instruments de mesure permettant de justifier son impression et de mieux évaluer la gravité de la maladie de même que la possibilité de comorbidité ou de maladies associées. En voici quelques-uns :

Il existe plusieurs échelles de mesure pour évaluer les obsessions et les stratégies de neutralisation rencontrées dans un trouble obsessionnel compulsif. Nous nous limiterons ici au Yale-Brown qui est le plus fréquemment utilisé par les cliniciens. Cet instrument de mesure se divise en deux parties (obsession et compulsion) :

L'Échelle Yale-Brown qui permet de mesurer en chiffres l'intensité des obsessions et des rituels et d'en suivre l'évolution.

Echelle d'obsession compulsive de Yale Brown (Yale Brown Obsessive compulsive Scale) (Guide de pratique pour le traitement du Trouble obsessionnel-compulsif, 2014).

- **Application**

Cette échelle (YBOCS) se présente comme un entretien structuré. Elle permet d'obtenir une mesure de la sévérité des symptômes obsessionnels sans être biaisée par la présence ou l'absence d'un type particulier d'obsession ou de compulsions. Non seulement la YBOCS est une aide précieuse au thérapeute mais elle est devenue la mesure standard actuelle du travail obsessionnel compulsif (Cottraux, 1994).

- **Mode de passation**

Le clinicien donne, tout d'abord, la définition des obsessions et des compulsions au patient. Puis il fait une enquête à l'aide d'une liste d'obsessions et des rituels passés ou actuels. L'évaluateur définit ensuite les 3 principales obsessions, les 3 principaux rituels et les 3 principales situations actuellement évitées par le patient. Ces symptômes définis, l'évaluation de l'YBOCS proprement dite commence. L'échelle comprend 10 items qui mesurent 5 dimensions pour les obsessions et les compulsions. Ces dimensions sont la durée, la gêne apportée dans la vie quotidienne, l'angoisse, la résistance et le degré de contrôle exercé par le sujet sur ses obsessions ou ses compulsions. L'évaluation finale de ces 10 items dépend du jugement du clinicien à partir des propos du patient.

- **Cotation**

L'étude des qualités psychométriques porte sur les 10 premiers items de l'échelle à savoir les 5 items d'obsessions et les 5 items de compulsions ainsi que sur leur total. Chaque item est coté de 0 : pas de symptôme à 4 : symptôme extrême. Le score total (étendue de 0 à 40) se subdivise en score d'obsessions

(items 1 à 5) et score de compulsions (items 6 à 10). Il suffit d'additionner les notes obtenues.

- **Les recommandations**

Les recommandations des auteurs français ayant validé l'Y-BOCS **sont éloquentes** : « *avant d'engager l'entretien semi-directif, donner les définitions des obsessions et des compulsions suivantes (...) et des exemples* » (Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown, 1970).

## **2. Analyse des techniques utilisées**

### **2.1. Les données de l'entretien clinique**

Les données de l'entretien clinique

A partir du guide d'entretien on s'est basé sur :

- 1- La santé physique et la santé mentale
- 2- Relations d'objet
- 3- Informations sur le vécu de la pathologie
- 4- Les compétences psychosociales (informations sur les interactions sociales et familiales)

### **2.2. Analyse de l'échelle**

En pratique, il s'agit d'une échelle de 10 questions, les questions 1 à 5 ont trait à des obsessions et les questions suivantes se rapportent à des comportements compulsifs. Son objectif est de mesurer le degré de trouble obsessionnel compulsif.

L'interprétation des résultats de l'échelle YALE-BROWN sur le trouble obsessionnel compulsif

0 à 7 : normal

8 à 15 : TOC léger

16 à 23 : TOC modéré

24 à 31 : TOC sévère

32 à 40 : TOC très sévère

### **Conclusion**

La méthodologie est une étape très importante dans un travail scientifique, dont elle est la base pour atteindre l'objectif d'une recherche. Dans ce chapitre nous avons présenté les étapes de la méthodologie qu'on a appliquée et qu'on a développée dans notre thème de recherche. Ainsi, l'enchaînement des étapes, la description des outils utilisés comme l'entretien clinique et échelle de YALE-BROWN ont permis la collecte des informations ainsi que leurs analyses.

# **Chapitre 5**

## **Présentation et analyses des résultats**

## Introduction

Dans ce chapitre, nous allons aborder l'analyse des résultats de notre étude, qui ont été obtenus à partir du guide de l'entretien ainsi que de l'échelle de YALE-BROWN qu'on a réalisés auprès de notre population d'étude composée de deux cas.

## Cas de Kahina

Kahina est âgée de 38 ans, femme de corpulence moyenne, décentement habillée. Elle est la benjamine d'une fratrie de quatre, originaire et résidente à Merdj Ouaman wilaya de Béjaia. Sur le plan gestuel, Kahina est d'humeur tourmentée, son niveau d'instruction équivaut à la neuvième année moyenne. Issue d'une famille réservée, Kahina a perdu son père à l'âge de 15 ans, jusqu'à son mariage forcé à 26ans, elle s'est non seulement occupée de sa mère mais elle s'était beaucoup attaché à elle. Aujourd'hui, elle est femme au foyer et mère de trois filles.

### 1. La santé physique et la santé mentale

A l'âge de 14 ans, Kahina a manifesté des symptômes du trouble obsessionnel compulsif. Cela a débuté avec la maladie de sa mère et qui se sont aggravées avec le décès de son père. Kahina rapporte que cette situation était angoissante et traumatisante, qui l'a incitée à des comportements à répétition tel que de faire le ménage à plusieurs reprises, sous-tendu par des idées qui surgissaient avant de passer à l'action. En effet, Kahina avait tendance à nettoyer sa maison constamment et elle craignait de laisser des objets sans les ranger. Elle rapporte qu'elle ne pense qu'au ménage « *je pense qu'au ménage* » et elle planifie chaque jour avant de dormir ce qu'elle va effectuer comme tâches

ménagères le lendemain. Elle relate également un épuisement et un état de fatigue « je suis fatiguée<sup>8</sup> ».

## 2. Relation d'objet

Lors de l'entretien, Kahina nous a rapporté qu'elle n'a pas de bonnes relations avec les membres de sa famille ni avec son conjoint car elle les trouve exigeants « *ils sont exigeants* »<sup>9</sup>. Elle relate également un épuisement et un état de fatigue « *je suis fatiguée* ».<sup>10</sup> Kahina considère qu'elle n'a plus de rôle au sein de sa famille à cause de son trouble. Il est important de noter que Kahina incite ses trois filles à participer aux tâches ménagères. Elle dit : « *je leurs apprend à faire le ménage et à être toujours propre* ».

Nous notons au cours de l'entretien, que Kahina n'exerce aucune activité et ne possède pas de loisir.

## 3. Information sur le vécu de la pathologie

Durant l'entretien, on a remarqué que Kahina n'est pas totalement consciente de son trouble. Elle n'a pas pu être informée sur ce que signifie son trouble « *je ne sais pas ce que j'ai* »<sup>11</sup>. En revanche, elle est consciente de ses difficultés. Elle a insisté tout au long de l'entretien sur son épuisement et sa souffrance en investissant sa pensée. En effet, Kahina souffre depuis longtemps de ce trouble car elle a été diagnostiquée tardivement vu qu'elle n'avait jamais consulté un spécialiste (psychiatre, psychologue, etc.).

---

<sup>8</sup> 3yigh

<sup>9</sup> Cherten mlih feli

<sup>10</sup> Katheugh issi koulyoum 3lajal ancheta

<sup>11</sup> O3limghara dachu iyiwghen

#### **4. Les compétences psychosociales (informations sur les interactions sociales et familiales)**

Kahina présente des peurs telles que, la peur d'agir de manière inappropriée en public, celle d'être critiquée ou jugée par les autres. Ses rituels et ses compulsions présentent des obstacles au sein de sa famille, qui n'est pas tolérante vis-à-vis de sa pathologie. Du coup, elle n'arrive pas à gérer son trouble au cours des activités de la vie quotidienne.

Cet état l'empêche d'avoir de relations chaleureuses avec ses filles. D'ailleurs, Kahina rapporte qu'elle devient de plus en plus agressive: « *non, je ne gère pas d'ailleurs je frappe presque toujours mes filles à cause de cela* »<sup>12</sup>. Ce qui explique que la charge affective s'est déchargée dans la voie du comportement.

#### **Résumé de l'entretien**

D'après l'entretien qu'on a eu avec notre sujet, on constate que kahina n'arrivait pas à gérer sa pathologie ni à s'en sortir. De ce fait, elle a recours à certains mécanismes tels que le passage à l'acte en frappant ses filles, l'évitement dans la mesure où elle ne parle pas avec les autres sans omettre de signaler qu'elle a peur des gens.

- **Analyse de l'échelle de YALE-BROWN sur le trouble obsessionnel compulsif**

Pour évaluer le degré du trouble obsessionnel compulsif chez Kahina, nous avons utilisé échelle « YALE-BROWN » 10 questions. Les cinq premières questions ont pour objet de révéler les traits obsessionnels chez le patient et les cinq dernières questions soulignent les comportements compulsifs.

---

<sup>12</sup> Khati yerna katheugh issi mahssouve koulyoum fanchetha

L'interprétation des résultats de l'échelle YALE-BROWN se fait à base des normes suivantes :

<b>Note</b>	<b>Interprétation</b>
<b>0 -7</b>	Normal
<b>8-15</b>	TOC léger
<b>16-23</b>	TOC modéré
<b>24-31</b>	TOC sévère
<b>32-40</b>	TOC très sévère

**Tableau n° 1 : présentation des résultats de l'échelle (YALE-BROWN) du cas Kahina**

<b>Les questions qui ont trait à des obsessions</b>	<b>Score</b>	<b>Niveau de chaque question</b>	<b>Score total</b>
<b>1</b>	<b>4</b>	<b>Très sévère</b>	<b>19</b>
<b>2</b>	<b>4</b>	<b>Très sévère</b>	
<b>3</b>	<b>3</b>	<b>Sévère</b>	
<b>4</b>	<b>4</b>	<b>Très sévère</b>	
<b>5</b>	<b>4</b>	<b>Très sévère</b>	
<b>Les questions qui ont trait à des compulsions</b>	<b>Score</b>	<b>Niveau de chaque question</b>	<b>Score total</b>
<b>1</b>	<b>3</b>	<b>Sévère</b>	<b>18</b>
<b>2</b>	<b>4</b>	<b>Très sévère</b>	
<b>3</b>	<b>3</b>	<b>Sévère</b>	
<b>4</b>	<b>4</b>	<b>Très sévère</b>	

<b>5</b>	<b>4</b>	<b>Très sévère</b>	
<b>Score total</b>			<b>37</b>

Le tableau ci-dessus présente les résultats de l'échelle (YALE-BROWN) de notre cas :

Kahina obtient un score très élevé à l'échelle (YALE-BROWN : score = 37) ce qui renvoie à un trouble obsessionnel compulsif très sévère.

Dans un premier temps, nous abordons les questions indiquant les traits obsessionnels chez un patient : la première question « vos pensées obsédantes occupent quelle partie de votre temps ? » est d'un niveau très sévère de score (4), la seconde question « À quel point vos pensées obsédantes nuisent-elles à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie ? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos obsessions ? » est d'un niveau très sévère de score (4), la troisième question « vos pensées obsédantes vous dérangent-elles ? » est d'un niveau sévère de score (3), la quatrième question « Quels efforts faites-vous pour résister à vos pensées obsédantes ? Essayez-vous de ne pas en tenir compte ou de les chasser de votre esprit ? » est d'un niveau très sévère de score (4), et la dernière question par rapport aux obsessions « Quelle emprise avez-vous sur vos pensées obsédantes ? À quel point réussissez-vous à refréner ou à détourner votre attention de vos obsessions ? Pouvez-vous les chasser de votre esprit ? » est d'un niveau très sévère de score (4). Ensuite, on a abordé les questions traitant les compulsions : la sixième question « Quelle partie de votre temps pesez-vous à accomplir des actes compulsifs ? Combien de temps supplémentaire (par rapport à la plupart des gens) vous faut-il pour effectuer vos activités journalières à cause de vos rituels ? Quelle est la fréquence de vos rituels ? » est d'un niveau sévère de score (3), la septième question « À quel point vos comportements compulsifs nuisent-ils à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie ? »

Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos compulsions ? » est d'un niveau très sévère de score (4), la huitième question « Comment vous sentiriez-vous si on vous empêchait de donner libre cours à vos compulsions ? Est-ce que cela vous angoisserait ? » est d'un niveau sévère de score (3), la neuvième question « Quels efforts faites-vous pour résister à vos compulsions ? » est d'un niveau très sévère de score (4), et la dernière question « Quelle emprise avez-vous sur vos compulsions ? À quel point vous sentez-vous contraint(e) d'accomplir un acte compulsif ? » est d'un niveau très sévère de score (4).

### **Résumé de l'échelle**

L'analyse de l'échelle d'YALE-BROWN indique que notre cas présente un trouble obsessionnel compulsif très sévère d'un score 37. Parmi les facteurs entravant l'acquisition des compétences psychosociales chez Kahina on a remarqué son incapacité à comparer des informations émanant de sources différentes et à ne pas avoir conscience de ses émotions...etc.

Cet état est engendré par certaines difficultés liées aux problèmes relationnels au sein de sa famille ainsi que celle avec son conjoint mais aussi à la qualité de ses compétences psychosociales.

### **Conclusion de 1<sup>er</sup> cas**

D'après l'entretien qu'on a eu avec notre sujet, on constate d'une part, que kahina n'arrive pas à gérer sa pathologie ni à s'en sortir. De ce fait, elle a recours à certains mécanismes tels que le passage à l'acte en frappant ses filles à l'évitement dans la mesure où elle ne parle pas avec les autres sans omettre de signaler qu'elle a peur des gens.

D'autre part, l'analyse de l'échelle d'YALE-BROWN indique que notre cas présente un trouble obsessionnel compulsif très sévère d'un score 37. Parmi les facteurs entravant l'acquisition des compétences psychosociales chez Kahina on

a remarqué son incapacité à comparer des informations émanant de sources différentes et à ne pas avoir conscience de ses émotions...etc.

Cet état est engendré par certaines difficultés liées aux problèmes relationnels au sein de sa famille ainsi que celle avec son conjoint mais aussi à la qualité de ses compétences psychosociales.

## Cas de Nassima

Nassima âgée de 33ans, d'une corpulence moyenne, voilée, elle est la troisième d'une fratrie de cinq. C'est une maman de deux enfants, elle s'est mariée depuis 9ans à l'âge de 24ans. Elle habite dans la région d'Amizour de la wilaya de Béjaia. Son père est un directeur du CEM, sa mère est une femme au foyer.

Diplômée en langue et littérature arabe et ayant comme profession enseignante au sein d'une école primaire. Sur le plan gestuel, elle est d'un tempérament angoissé et anxieux.

### 1. la santé physique et la santé mentale

Les premiers signes du trouble obsessionnel compulsif présents chez Nassima remontent depuis 13ans, en étant célibataire à l'âge de 20ans. Cette pathologie, s'est manifestée par le processus d'identification à sa mère, qui pratiquait des comportements compulsifs.

Le genre de comportement répétitif dont elle nous a informés et que nous avons observé chez elle, c'est le fait qu'elle refait ses tâches ménagères à maintes reprises ainsi que la vérification répétitive de la fermeture de la porte, sans oublier qu'elle se lave les mains régulièrement, en revanche, avec la crise pandémique sa situation s'est aggravée.

Avant qu'elle ne procède à tout acte, des idées noires lui traversent l'esprit en pensant que le ménage qu'elle a fait est à refaire, c'est pourquoi, elle panique car elle a l'impression que rien n'est rangé. D'ailleurs, elle contrôle tout et avant de dormir, elle ne pense qu'au nettoyage.

## 2. Relation d'objet

Au sujet de ses relations, Nassima est une femme qui n'a pas de bonnes relations avec les membres de sa famille, surtout avec son conjoint : « *notre relation est instable* »<sup>13</sup>, sa pathologie a fait détester la relation qu'elle entretient avec son mari, en particulier sur le plan de l'intimité, elle le voit impur et cela a engendré de sérieux conflits dans le couple.

De plus, ses mauvaises relations avec les membres de sa famille génèrent une situation en sa défaveur.

De même, sur le plan professionnel en tant qu'enseignante, ses relations avec ses collègues sont stressantes comme elle n'est pas sociable, elle a tendance à s'isoler à cause de son trouble, ce qui amoindrit sa motivation à exercer sa profession. C'est pourquoi, sa pathologie influe sur ses relations qui génèrent une souffrance psychique.

Elle essaye de maîtriser sa compulsion devant les gens. Malheureusement, elle n'a pas de loisirs pour oublier momentanément de sa pathologie.

## 3. Information sur le vécu de la pathologie

Durant l'entretien, on a remarqué que Nassima est consciente de sa maladie : « *oui, je suis malade* »<sup>14</sup> et qu'elle n'arrive pas à vivre avec. Ce trouble présente pour elle un grand obstacle vis-à-vis de son mari : « *il m'empêche de me rapprocher de mon mari* »<sup>15</sup>, Nassima a longtemps souffert de ce trouble avant qu'il ne soit diagnostiqué. Elle souligne qu'elle a déjà consulté un spécialiste « *psychologue* » qui l'a orientée vers un psychiatre pour un éventuel traitement de son état.

---

<sup>13</sup> L3ala9anegh chewiyat kan

<sup>14</sup> helkeugh

<sup>15</sup> Ozemireghara atgharveugh argaziw

#### 4. Les compétences psychosociales (informations sur les interactions sociales et familiales)

Sur le plan compétences psychosociales, d'une part, Nassima présente des craintes justifiées parfois d'une manière inadéquate devant les gens, en raison d'être mal jugée par autrui, d'une autre part, sa pathologie présente un handicap dans sa famille qui n'accepte pas son état.

Elle n'arrive pas à gérer son trouble au sein de sa vie quotidienne : « *même si je travaille je n'arrive pas à me maîtriser à cent pour cent* »<sup>16</sup>.

#### Résumé de l'entretien

D'après l'entretien qu'on a effectué avec Nassima, on constate qu'elle arrive rarement à gérer sa pathologie et qu'elle s'exprime par l'anxiété : « *Je suis toujours stressée, d'ailleurs, j'ai du mal à me concentrer lorsque je travaille* », en utilisant quelques mécanismes comme l'hésitation et le doute.

#### Analyse de l'échelle de YALE-BROWN sur le trouble obsessionnel compulsif

**Tableau n° 2 : présentation des résultats de l'échelle (YALE-BROWN) du cas Nassima**

Les questions qui ont trait à des obsessions	Score	Niveau de chaque question	Score total
1	2	Léger	11
2	2	Léger	
3	3	Sévère	
4	2	Léger	
5	2	Léger	

<sup>16</sup> Ghas khedmeugh mais otmitrizighara imaniw 100%

<b>Les questions qui ont trait à des compulsions</b>	<b>Score</b>	<b>Niveau de chaque question</b>	<b>Score total</b>
<b>1</b>	<b>3</b>	<b>Sévère</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>2</b>	<b>Léger</b>	
<b>3</b>	<b>3</b>	<b>Sévère</b>	
<b>4</b>	<b>2</b>	<b>Léger</b>	
<b>5</b>	<b>3</b>	<b>Sévère</b>	
<b>Score total</b>			<b>24</b>

Le tableau ci-dessus présente les résultats de l'échelle (YALE-BROWN) de notre cas :

Ces résultats indiquent que Nassima, présente un trouble obsessionnel compulsif sévère avec un score de (24), on commence d'abord par les questions qui ont trait à des obsessions : la première question « vos pensées obsédantes occupent quelle partie de votre temps ? » est d'un niveau léger de score (2), la seconde question « À quel point vos pensées obsédantes nuisent-elles à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie ? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos obsessions ? » est d'un niveau léger de score (2), la troisième question « vos pensées obsédantes vous dérangent-elles ? » est d'un niveau sévère de score (3), la quatrième question « Quels efforts faites-vous pour résister à vos pensées obsédantes ? Essayez-vous de ne pas en tenir compte ou de les chasser de votre esprit ? » est d'un niveau léger de score (2), et la dernière question par rapport aux obsessions « Quelle emprise avez-vous sur vos pensées obsédantes ? À quel point réussissez-vous à refréner ou à détourner votre attention de vos obsessions ? Pouvez-vous les chasser de votre esprit ? » est d'un niveau léger de score (2).

Ensuite, on a les questions des compulsions, la sixième « Quelle partie de votre temps passez-vous à accomplir des actes compulsifs ? Combien de temps supplémentaire (par rapport à la plupart des gens) vous faut-il pour effectuer vos activités journalières à cause de vos rituels ? Quelle est la fréquence de vos rituels? » est d'un niveau sévère de score (3), la septième question « À quel point vos comportements compulsifs nuisent-ils à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos compulsions ? » est d'un niveau léger de score (2), la huitième question « Comment vous sentiriez-vous si on vous empêchait de donner libre cours à vos compulsions ? Est-ce que cela vous angoisserait ? » est d'un niveau sévère de score (3), la neuvième question « Quels efforts faites-vous pour résister à vos compulsions ? » est d'un niveau léger de score (2), et la dernière question « Quelle emprise avez-vous sur vos compulsions ? À quel point vous sentez-vous contraint(e) d'accomplir un acte compulsif? » est d'un niveau sévère de score (3).

### **Résumé de l'échelle**

L'analyse de l'échelle d'YALE-BROWN indique que notre cas présente un trouble obsessionnel compulsif sévère d'un score 24.

On constate que parmi les facteurs entravant l'acquisition des compétences psychosociales chez Nassima en trouvent l'apport de l'environnement défavorable, le désinvestissement dans une collectivité...etc. Cet état est dû à la combinaison de plusieurs facteurs dont la qualité du métier et la responsabilité de la famille qui provoque toujours le stress.

### **Conclusion de 2<sup>ème</sup> cas**

D'après l'entretien qu'on a effectué avec Nassima, on constate qu'elle arrive rarement à gérer sa pathologie et qu'elle s'exprime avec anxiété : « *Je suis toujours stressée, d'ailleurs, j'ai du mal à me concentrer lorsque je travaille* », en utilisant quelques mécanismes comme l'hésitation et le doute.

L'analyse de l'échelle d'YALE-BROWN indique que notre cas présente un trouble obsessionnel compulsif sévère d'un score 24.

On constate que parmi les facteurs entravant l'acquisition des compétences psychosociales chez Nassima en trouvent l'apport de l'environnement défavorable, le désinvestissement dans une collectivité...etc. Cet état est dû à la combinaison de plusieurs facteurs dont la qualité du métier et la responsabilité de la famille qui provoque toujours le stress.

# **Chapitre 6**

## **Discussion des hypothèses**

## Discussion des hypothèses

Dans ce chapitre, on va reprendre nos hypothèses formulées dans la problématique, pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique.

### ❖ *Première hypothèse*

*Les personnes atteintes de trouble obsessionnel compulsif réagissent selon le degré de cette atteinte et ne gèrent pas de la même façon leur pathologie car chaque cas diffère d'un autre en utilisant divers mécanismes tels que : l'hésitation, le doute, l'isolation, l'annulation et formation réactionnelle...*

Nos cas ont confirmé notre première hypothèse, ils gèrent leur pathologie par des mécanismes spécifique à chacun et qui sont différent d'un cas à un autre.

**Kahina :** D'après l'entretien qu'on a eu avec notre sujet, on constate que kahina n'arrivait pas à gérer sa pathologie ni à s'en sortir. De ce fait, elle a recours à certains mécanismes tels que le passage à l'acte en frappant ses filles, l'évitement dans la mesure où elle ne parle pas avec les autres sans omettre de signaler qu'elle a peur des gens.

**Nassima :** D'après l'entretien qu'on a effectué avec Nassima, on constate qu'elle arrive rarement à gérer sa pathologie et qu'elle s'exprime par l'anxiété : « *Je suis toujours stressée, d'ailleurs, j'ai du mal à me concentrer lorsque je travaille* », en utilisant quelques mécanismes comme l'hésitation et le doute.

*❖ Deuxième hypothèse*

*Les facteurs favorisant ou entravant l'acquisition des compétences psychosociales revêtent par des composants dont chacun se caractérise par deux aspects : l'apport de l'environnement favorable ou défavorable, l'investissement dans une collectivité ou non, la possibilité de comparer des informations émanant de sources différentes ou non et avoir conscience de ses émotions ou non.*

Nos deux cas ont confirmé notre deuxième hypothèse, à savoir que leur compétences psychosociales sont entravées. Par contre, il peut y'avoir d'autre cas qu'on n'a pas vu durant l'enquête et qui sont dotés par des facteurs favorisant les acquisitions des compétences psychosociales, qui caractérisent le deuxième volet de notre hypothèse.

**Kahina :** L'analyse de l'échelle d'YALE-BROWN indique que notre cas présente un trouble obsessionnel compulsif très sévère d'un score 37. Parmi les facteurs entravant l'acquisition des compétences psychosociales chez Kahina on a remarqué son incapacité à comparer des informations émanant de sources différentes et à ne pas avoir conscience de ses émotions...etc.

Cet état est engendré par certaines difficultés liées aux problèmes relationnels au sein de sa famille ainsi que celle avec son conjoint mais aussi à la qualité de ses compétences psychosociales.

**Nassima :** L'analyse de l'échelle d'YALE-BROWN indique que notre cas présente un trouble obsessionnel compulsif sévère d'un score 24.

On constate que parmi les facteurs entravant l'acquisition des compétences psychosociales chez Nassima en trouvent l'apport de l'environnement défavorable, le désinvestissement dans une collectivité...etc. Cet état est dû à la combinaison de plusieurs facteurs dont la qualité du métier et la responsabilité de la famille qui provoque toujours le stress.

Les résultats de l'entretien ne se contredisent pas avec les données de l'analyse de l'échelle de YALE-BROWN sur le trouble obsessionnel compulsif, puisqu'on constate que tous nos cas présentent un trouble obsessionnel compulsif d'un degré qui se diffère d'un cas à un autre.

Nos hypothèses concernant l'impact de trouble obsessionnel compulsif sur les compétences psychosociales sont réfutables et non pas absolus, car les résultats de notre population d'étude, ne représentent pas la population mère, de tous les malades atteints par cette pathologie.

# **Conclusion générale**

## Conclusion générale

À la lumière de cette étude « l'impact de trouble obsessionnel compulsif sur les compétences psychosociales » nous avons pu réaliser notre recherche auprès de deux malades. La situation sanitaire due à la propagation de la pandémie Covid-19 a entravé l'évaluation de d'autres personnes ayant un trouble obsessionnel compulsif dont on était obligé de voir que deux cas en pré-enquête et deux autres cas en enquête. L'évaluation de ce dernier s'est basée sur l'échelle de «YALE-BROWN ».

La réalisation de notre recherche, s'est appuyée sur la revue de littérature et un ensemble d'observations recueillies sur le terrain d'étude lors de la pré-enquête, ce qui nous a orienté afin de poser clairement nos questions et de formuler nos hypothèses, et de se perfectionner avec nos outils de recherche.

Pour aboutir aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode clinique. Cette dernière permet le recueil in vivo des informations et l'étude approfondie exhaustive du cas.

A partir de l'entretien clinique semi-directif accompagné de l'application de l'échelle de YALE-BROWN, on a pu cerner les différents mécanismes de défenses utilisés, et connaître par l'échelle le degré et encore l'intensité de trouble obsessionnel compulsif de chaque cas. Ces outils nous ont servi pour la confirmation de nos hypothèses.

A travers cette étude, on a démontré que le trouble obsessionnel compulsif influence largement sur les compétences psychosociales de l'individu, qui s'appuient sur la valorisation des savoirs : savoir être et savoir-faire et même confrontée à des situations de plus en plus complexes.

Pour conclure notre recherche, il faut reconnaître que la prise en charge psychologique des patients atteints de trouble obsessionnel compulsif, doit être

pluridisciplinaire où le patient va bénéficier d'une prise en charge médicale et d'un soutien psychologique. Ce dernier demeure indispensable pour accompagner les patients dans leur parcours thérapeutique. Il est très important de soutenir le patient dès l'annonce de sa maladie que ce soit par sa famille, son entourage, le psychiatre, le psychologue... afin de mieux gérer et de s'adapter à son trouble.

Enfin nous souhaitons que ce modeste travail puisse ouvrir des perspectives pour d'autres recherches qui traitent la thématique de trouble obsessionnel compulsif, ce qui nous a incités à poser les questions suivantes :

- Quelle est la qualité du fonctionnement mental de personnes atteintes de trouble obsessionnel compulsif ?
- Quelle est la prise en charge efficace à réaliser auprès des malades présentant un trouble obsessionnel compulsif ?

Cette recherche nous a permis d'aboutir à un certain nombre de conclusions qui restent réfutables et pas absolues à cause de notre population d'étude restreinte qui ne représente pas la population mère.

# **Bibliographie**

---

**Bibliographie**

- Aktouf, O. (1987). « *méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations* », Québec, Canada : HEC presses.
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Aouizerate, B., Rotgé, J. V. (2007). *Les traitements du trouble obsessionnel compulsif*. Paris, France : Elsevier-masson.
- Chahraoui, K., Bénony, H. (1999). *L'entretien clinique*. (1<sup>ère</sup> éd). Paris, France : Dunod.
- Chahraoui, K., Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
- Chapelle, F et coll. (2014). *Aide-mémoire, thérapie comportementale et cognitive (3<sup>e</sup> éd)*. Paris, France : Dunod.
- Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement, 1993, (10<sup>e</sup> éd).Paris, France : Masson.
- Cottraux, J. (2004). Trouble obsessionnel compulsif. *EMC – Psychiatrie*, (1). 52-74.
- Cottraux, J. (2007). *Thérapie cognitives et émotions la troisième vague*. Paris, France : Elsevier-masson.
- Gagnon, Y. (2012). *L'étude de cas comme méthode de recherche*. (2<sup>ème</sup> éd).Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec.
- Germain, D. (2000). *L'estime de soi un passeport pour la vie*. (3<sup>ème</sup> éd), Montréal, Québec : CHU Saint-Justine
- Graziani, P. (2003), *Anxiété et trouble anxieux* : Nathan.
- Jean, M, k., Xavier, R. (2009). *Méthodologie de recueil d'informations*. (4<sup>ème</sup> éd). Bruxelles, Belgique : Deboeck.

- Lamboy, B., Guillemont, J. (2014). Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ? *Devenir*, 26 (4), 307- 325
- Lamboy, B., Shankland, R et Williamson, M.O. (2021). *Les compétences psychosociales - Manuel de développement*, (1<sup>ère</sup> éd), Louvain-La- Neuve, Belgique : Deboeck Supérieur.
- Laure, R. (2019). *Développer les compétences psychosociales*. (Cycle 3) : Retz.
- Lim, S. (2007). *Psychiatrie l'indispensable en stage* (2<sup>e</sup> éd) : Elsevier-masson.
- Lucille, M et coll. (2012). L'influence de l'alliance thérapeutique et de l'insight sur l'évolution des habilités psychosociales- A propos de cinq cas clinique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 22(33), 136-143.
- Martin, D et coll. (2008). Les troubles obsessionnels-compulsifs. *Acta psychiatrica Belgica*, (108), 29-37.
- Nathalie, D et coll. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques*. Paris, France : Dunod
- Nicole, B. (2006). *les techniques d'enquête en sciences sociales*. (3<sup>ème</sup> éd). Paris, France : Armand colin.
- Pedibeilli, J, L (1999, Décembre). Approche de la recherche clinique en psychologie, *journées d'étude de CARS*.
- Pierre, L et coll. (2016). *psychiatrie clinique approche bio-psycho-sociale* (4<sup>e</sup> éd). Québec, Canada :Cheneliere.
- Salès, W, E. (2006). Méthodologie de l'enquête. *Psychologie sociale*, 45-77
- Yaelle, A. M et coll. (2015). Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes. *La santé en action*, (431), 13-14.

---

## Sitographie

- Compétences psychosociales (CPS) Littératie en santé. Repéré à [https://www.chs-dromesante.org/sites/default/files/competences\\_psychosociales\\_cps\\_et\\_litteratie\\_en\\_sante.pdf](https://www.chs-dromesante.org/sites/default/files/competences_psychosociales_cps_et_litteratie_en_sante.pdf)
- OMS, Qu'est-ce que la promotion de la santé ? Repéré à <https://www.who.int/features/qa/health-promotion/fr/>
- Présentation général, Santé globale, bien-être et promotion de la santé : les définitions retenues. Repéré à [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201803/presentation\\_generale\\_rbpp\\_sante\\_mineurs\\_jeunes\\_majeurs.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201803/presentation_generale_rbpp_sante_mineurs_jeunes_majeurs.pdf)
- Troubles obsessionnels compulsifs (TOC), (2018). Repéré à <https://www.cairn.info/therapie-comportementales-et-cognitives>
- Chillet, L., Cousin, C . (2011). *L'entretien clinique : un nouvel outil au service de la pratique orthophonique* (certificat de capacité d'orthophoniste, université Claude Bernard, Lyon1). Repéré à [http://docnum.univlorraine.fr/public/SCDMED\\_MORT\\_2011\\_CHILLET\\_LEA\\_COUSIN\\_CLAIRE.pdf](http://docnum.univlorraine.fr/public/SCDMED_MORT_2011_CHILLET_LEA_COUSIN_CLAIRE.pdf)
- *La définition de l'échelle*. Repérer à <https://carnets2psycho.net/dico/sens-de-echelle.html>
- Guide de pratique pour le traitement du Trouble obsessionnel-compulsif (TOC), (2013). Repérer à <https://www.psychopap.com/wp-content/uploads/2020/02/YBOCS.pdf>
- *Version française de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown. / Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: A French version, (1970)*. Repérer a  
[https://www.researchgate.net/publication/232556810\\_Version\\_francaise](https://www.researchgate.net/publication/232556810_Version_francaise)

- *Echelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown (YB-OCS). Repérer à de l'échelle d'obsession-compulsion de Yale-Brown Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale A French version*
- Troubles mentaux en nette progression en Algérie : la prise en charge en deçà des attentes. (2017). Repérer à <http://www.santemaghreb.com/actus.asp?id=23938>

# **Annexe**

## **Annexe 1 : Guide d'entretien**

### **Informations personnelles**

- Comment vous appelez-vous ?<sup>17</sup>
- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre situation familiale ?
- Avez-vous des enfants ?
- Niveau d'instruction ?
- Exercez-vous une profession ? si oui, laquelle ?

### **Axe 1 : Informations concernant le trouble**

- Quel âge avez-vous lorsque ce trouble est apparu ?
- Quand est ce que ce trouble est apparu, dans quelle circonstance ?
- Avez-vous vécu une situation angoissante ou traumatisante avant l'apparition de ce trouble ?
- Avez-vous des comportements à répétition sur un acte quelconque ?
- Combien de fois vous vérifiez la porte, lavez la main,... ? et vous prenez combien de temps ?
- Quelles sont les idées qui vous viennent à l'esprit avant de faire l'acte à répétition ?
- Est-ce que vous paniqué si rien n'est rangé ?
- Avez-vous-se besoin de tout contrôler ? (cette crainte de perdre contrôle)
- Avez-vous peur d'être contaminé à la suite d'un contact ?
- Quelles sont les idées qui vous viennent à l'esprit avant de dormir ? et dès que vous vous réveillez ?

### **Axe 2 : Relation d'objet**

- Comment est votre relation avec votre conjoint (e) ?

---

<sup>17</sup> Le nom sera changé pour garder l'anonymat

- Avez-vous une souffrance physique ou psychique suite à cette pathologie, est ce qu'elle entrave votre rôle au sein de votre famille?
- Comment est votre relation avec les membres de votre famille ? et comment ils ont perçoivent votre pathologie ?
- Est-ce que vous avez essayé d'associer les membres de votre famille à vos rituels compulsifs ?
- Comment est votre relation au sein de votre milieu professionnel ?
- Est-ce que vous avez des loisirs ?

### **Axe 3 : Informations sur le vécu de trouble**

- Etes-vous conscient de votre trouble ?
- Arrivez-vous à vivre avec ?
- Que représente ce trouble pour vous ?
- Avez-vous souffert depuis longtemps (des années) avant que le trouble ne soit diagnostiqué ?
- Est-ce que vous avez consulté un spécialiste de santé pour votre trouble (psychiatre, psychologue, médecin, Roukia,...) ?

### **Axe 4 : les compétences psychosociales (informations sur les interactions sociales et familiales)**

- Avez-vous peur d'agir de manière inappropriée en public ?
- Avez-vous peur d'être critiqué ou jugé par les autres ?
- Est-ce que vos rituels et vos compulsions présentent des obstacles dans votre famille ou dans votre milieu professionnel ?
- Quelle est la réaction de votre environnement- familial et professionnel- à ce trouble ?
- Comment arrivez-vous à gérer votre trouble au sein de votre vie quotidienne?

## **Annexe 2 : Guide d'entretien en Kabyle**

### **Informations personnelles**

- Amek ismik ?
- Achehal guel 3amrik ?
- Tezewjet negh khati ?
- Tes3it derya ?
- Niveau ynek g le9raya ?
- Dakhedam? mayela ih dachu tkhedmet ?

### **Axe 1 : informations concernant le trouble**

- Achehal telit tes3it guel 3amrik mi ikdivedha lahlak ayi?
- Ayweq ikdivedha lahlak ayi, gachu ikdiwssa?
- Est-ce que te3achet lweqeth i9el9ik mlih negh tchokit guel haja a9vel lahlak ayi ?
- Est-ce que tes3it ithet3awadet f hed lahwayej ?
- Achehal iverdhan issefi9idhet itheworeth, ithessiridhet ifasnik et achahal ithetetafet del weqth ?
- Dachu ithetkhemimet a9vel atkhedemt lhaja ni ithet3awadet?
- Est-ce que thet9ali9et asma aterwi lhala ?
- Est-ce que tetehibit atcontrolit colech ?
- Est-ce que thetagadhet asma atetouchit l3ibad ?
- Dachu thetekhemam iditassen gho9arouyek a9vel ateynet wahi asma atakret?

### **Axe 2: relation d'objet**

- Amek thela l3ala9a ynek (ynem) wahi tematothik (dorgazim)?
- Est-ce que lahlak ayi isoufrik g tnefssithik wahi negh isehavssik g le role itekhedmet gl familiak
- Amek ithela l3ala9a ynek wahi dwidh ithet3ichet g kham , ou nouhni g thamanessen amek itewalan lahlak ik ?

- Est-ce que teseyat ateskechemet l3ibad lfamiliak g la3wayed ni itekhedmet ?
- Amek l3ala9athik g mkan aneda tekhedmet ?
- Est-ce que tes3it aka lahwayej itekhedmet thetnecherahet zeyssenet ?

### **Axe 3 : Informations sur le vécu de trouble**

- Est-ce que t3almet beli tehalket?
- Est-ce que tezamret at3ichet didhes ?
- Dachuth lahlak ayi aghorek ?
- Est-ce que aghorek khila kchi tetsoufrit a9vel at3almet dachuth lahlak ayi ?
- Est-ce que trouhet tezrit déjà un spécialiste n tezmerth f lahlak ik, teville la3e9al negh tkhemet roukia ?

### **Axe 4 : les compétences psychosociales (informations sur les interactions sociales et familiales)**

- Est-ce que thetagadhet akne9den negh akjugin weyat ?
- Est-ce que lahwayej ithet3awadet thetwalaten da3ewi9 g kham wahi del familiak negh g mkan lkhedma ?
- Amek itewalan l3ibad ithesnet, lfamiliak wahi d widak itekhedmet lahlak ayi ninek?
- Amek itekhedmet bach ates3adit lahlak ayi ninek g tem3ichetik n koulyoum?

## Annexe 3 : échelle de YALE-BROWN

### ÉCHELLE YALE-BROWN SUR LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF

NOM : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_ RÉSULTAT : \_\_\_\_\_

#### Les questions 1 à 5 ont trait à vos obsessions.

Les obsessions sont des idées, des images ou des impulsions qui s'insinuent dans votre esprit contre votre gré en dépit de vos efforts pour leur résister. Elles ont habituellement comme thèmes la violence, la menace et le danger. Des obsessions courantes sont une peur excessive de la contamination, un pressentiment récurrent de danger, un souci exagéré d'ordre ou de symétrie, une minutie extrême ou la peur de perdre des choses importantes.

Répondez à chacune des questions en inscrivant le chiffre approprié dans la case adjacente.

**1. Temps accaparé par les pensées obsédantes** Vos pensées obsédantes occupent quelle partie de votre temps?

- 0 = aucune
- 1 = moins de 1 heure par jour/occasionnelles
- 2 = entre 1 et 3 heures par jour/fréquentes
- 3 = entre 3 et 8 heures par jour/très fréquentes
- 4 = plus de 8 heures par jour/presque constantes

**2. Interférence causée par les pensées obsédantes** À quel point vos pensées obsédantes nuisent-elles à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos obsessions?

- 0= aucune interférence
- 1= nuisent un peu à mes activités sociales ou autres, mais ne m'empêchent pas de fonctionner
- 2= nuisent sans aucun doute à mes activités sociales ou professionnelles, mais j'arrive quand même à fonctionner
- 3= nuisent considérablement à ma vie sociale ou à mon travail
- 4= m'empêchent de fonctionner

**3. Détresse occasionnée par les pensées obsédantes** Vos pensées obsédantes vous dérangent-elles?

- 0 = pas du tout
- 1= un peu
- 2= à un niveau tolérable
- 3= énormément
- 4= je me sens presque constamment dans un état de détresse invalidante

**4. Résistance opposée aux obsessions**

Quels efforts faites-vous pour résister à vos pensées obsédantes? Essayez-vous de ne pas en tenir compte ou de les chasser de votre esprit?

- 0 = j'essaie toujours de leur résister
- 1 = j'essaie de leur résister la plupart du temps
- 2 = je fais certains efforts pour leur résister
- 3 = je cède à toutes mes obsessions sans essayer de les dominer, mais un peu à contrecœur
- 4 = je cède complètement et volontiers à toutes mes obsessions

**5. Degré d'emprise sur les pensées obsédantes**

Quelle emprise avez-vous sur vos pensées obsédantes? À quel point réussissez-vous à refréner ou à détourner votre attention de vos obsessions? Pouvez-vous les chasser de votre esprit?

- 0= je les maîtrise complètement
- 1= j'arrive généralement à les refréner ou à les détourner avec des efforts et de la concentration
- 2= j'arrive parfois à les refréner ou à les détourner
- 3= j'arrive rarement et avec peine à les refréner ou à les chasser de mon esprit
- 4= je n'ai aucune emprise sur mes obsessions, j'arrive rarement à détourner mon attention même momentanément

## Les 5 suivantes se rapportent à vos comportements compulsifs

Les compulsions sont des actes que le sujet est poussé à accomplir pour atténuer son angoisse ou son malaise. Ces actes prennent souvent la forme de comportement répétitifs, réglés et intentionnels appelés rituels. L'acte lui-même peut sembler approprié mais il devient un rituel quand il est accompli à l'excès. Des exemples de compulsions sont des rituels de lavage ou de désinfection, de vérifications interminables, des répétitions incessantes, le besoin de constamment ranger ou redresser des objets et le collectionnisme. Certains rituels sont d'ordre intellectuel, par exemple ressasser toujours les mêmes choses.

### 6. Temps accaparé par les comportements compulsifs

Quelle partie de votre temps passez-vous à accomplir des actes compulsifs? Combien de temps supplémentaire (par rapport à la plupart des gens) vous faut-il pour effectuer vos activités journalières à cause de vos rituels? Quelle est la fréquence de vos rituels?

- 0 = aucune
- 1 = moins de 1 heure par jour/occasionnels
- 2 = entre 1 et 3 heures par jour/fréquents
- 3 = entre 3 et 8 heures par jour/très fréquents
- 4 = plus de 8 heures par jour/presque constants  
(trop nombreux pour les compter)

### 7. Interférence causée par les comportements compulsifs

À quel point vos comportements compulsifs nuisent-ils à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos compulsions?

- 0 = aucune interférence
- 1 = nuisent un peu à mes activités sociales ou autres, mais ne m'empêchent pas de fonctionner normalement
- 2 = nuisent sans aucun doute à mes activités sociales ou professionnelles, mais j'arrive quand même à fonctionner
- 3 = nuisent considérablement à vie sociale ou à mon travail
- 4 = m'empêchent de fonctionner

### 8. Détresse occasionnée par les comportements compulsifs

Comment vous sentiriez-vous si on vous empêchait de donner libre cours à vos compulsions? Est-ce que cela vous angoisserait?

- 0 = je ne me sentirais nullement angoissé(e)
- 1 = je me sentirais un peu angoissé(e)
- 2 = je me sentirais angoissé(e) mais à un niveau tolérable
- 3 = je me sentirais très angoissé(e)
- 4 = je me sentirais extrêmement angoissé(e) au point d'être incapable de fonctionner

### 9. Résistance opposée aux compulsions

Quels efforts faites-vous pour résister à vos compulsions?

- 0 = j'essaie toujours de leur résister
- 1 = j'essaie de leur résister la plupart du temps
- 2 = je fais certains efforts pour leur résister
- 3 = je cède à presque toutes mes compulsions sans essayer de les dominer, mais un peu à contrecœur
- 4 = je cède complètement et volontiers à toutes mes compulsions

### 10. Degré d'emprise sur les compulsions

Quelle emprise avez-vous sur vos compulsions? À quel point vous sentez-vous contraint(e) d'accomplir un acte compulsif?

- 0 = je les maîtrise complètement
- 1 = je me sens poussé(e) à accomplir un acte compulsif mais j'arrive généralement à me dominer
- 2 = je ressens une forte envie d'accomplir un acte compulsif mais j'arrive à me dominer avec beaucoup d'efforts
- 3 = j'éprouve un besoin pressant d'accomplir un acte compulsif, j'arrive seulement à en retarder l'accomplissement et avec peine
- 4 = j'éprouve un besoin irrésistible d'accomplir un acte compulsif, je n'ai aucune emprise sur mes compulsions, j'arrive rarement à me retenir ne serait-ce que quelques instants

Score total

**COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS DE L'ÉCHELLE YALE-BROWN SUR  
LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF**

0 à 7 :	normal
8 à 15 :	TOC léger
16 à 23 :	TOC modéré
24 à 31 :	TOC sévère
32 à 40 :	TOC très sévère

L'échelle Yale-Brown sur le Trouble obsessionnel-compulsif doit être utilisée dans un contexte avant tout clinique et les chiffres ci-dessus ne constituent que des repères permettant de mieux se situer pour ceux qui sont moins familiers avec cette échelle de mesure.

## **Résumé**

Le trouble obsessionnel compulsif est une maladie psychiatrique chronique, correspond toujours à une peur pour soi-même ou pour les autres.

Les compétences psychosociales sont les capacités qui possèdent la personne pour mieux gérer ses diverses situations dans sa vie quotidienne.

Notre recherche porte sur l'impact de trouble obsessionnel compulsif sur les compétences psychosociales qui influencent largement sur cette dernière.

Pour mener à bien ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptif par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi directif, et une échelle de trouble obsessionnel compulsif de Yale Brown.

**Mots clés :** trouble obsessionnel compulsif, compétences psychosociales

## **Summary**

Obsessive-compulsive disorder is a chronic psychiatric illness, always corresponds to a fear for oneself or for others.

Psychosocial skills are the abilities that possess the person to better manage his various situations in his daily life.

Our research focuses on the impact of obsessive-compulsive disorder on the psychosocial skills that largely influence it.

To complete this work, we opted for the case study-based descriptive clinical method, as well as the semi-directive clinical interview, and a Yale Brown Obsessive Compulsive Disorder Scale.

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder, psychosocial skills