

Les interviews de la newsletter par le Docteur Mikaël HUMEAU

Thème : Quelle actualité dans les TCC du TOC ?

Entretien avec le Docteur Alain SAUTERAUD

Dr M.H. : Bonjour Docteur SAUTERAUD. Pouvez-vous nous dire en quelques mots quelle place occupent aujourd'hui les TCC dans l'arsenal thérapeutique du TOC ?

Docteur Alain Sauteraud : La psychothérapie comportementale et cognitive (TCC) est le traitement de référence du TOC, en première intention, à égalité avec les médicaments inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS). A terme, la majorité des patients bénéficie d'une combinaison de la TCC et d'IRS. Toutes les autres alternatives à ces traitements ont une efficacité très nettement inférieure. Et pourtant, une minorité de patients en bénéficie et une minorité de praticiens les pratique, selon les données américaines et européennes. Ce dernier point est presque rassurant par rapport au constat désespérant en France : nous ne sommes donc pas les seuls !

Dr M. H. : Quelle est la validation des TCC dans le traitement du TOC en 2020 ?

Docteur Alain Sauteraud : L'efficacité des TCC dans le TOC est connue, validée, répliquée, vérifiée et expliquée avec des corrélations anatomo-physiologiques en neuro-imagerie. Il faut rappeler l'extraordinaire effet de l'exposition, confirmée par 5 méta-analyses. La dernière de 2015 (Ost et al) montrait une taille d'effet de 1,32, confirmant la revue Cochrane et celle de Gava qui révélait une taille d'effet de 1,24 (2007). Je ne sais pas ce qu'il faut attendre de plus pour en faire un traitement « de routine » dans les cursus de formation des psychologues et des psychiatres.

Dr M. H. : Quels sont les principaux modèles de conceptualisation du TOC ? Quel est celui que vous utilisez en 2020 ?

Docteur Alain Sauteraud : Cela dépend si l'on parle d'un modèle causal ou d'un modèle thérapeutique. Ce ne sont pas les mêmes. Le modèle causal est celui d'une maladie endogène, qui, si l'on considère le modèle bio-psycho-social relève essentiellement du « bio ». Celui-ci autorise -voire incite- à soigner avec des médicaments inhibiteurs de la recapture de la sérotonine dont l'efficacité est remarquable et qui sont très facile d'emploi. Pour ce qui est du modèle thérapeutique, le modèle le plus solide est le déficit d'habituation à l'obsession qui se maintient chez le malade à un niveau « anormal ». Je précise cette notion : il ne faut jamais oublier que nous avons tous des obsessions « normales » qui nous amènent à faire des rituels « normaux » quoique peu justifiés, mais qui nous prennent peu de temps.... Ce modèle du déficit d'habituation conduit aux techniques d'exposition graduée avec prévention de la réponse, telles qu'elles ont été initialement testées par Vincent Meyer (1966) puis surtout par Isaak Marks (1987). Ensuite, sur ce modèle de base, se greffent beaucoup d'autres modèles. Le plus validé reste le modèle de Paul Salkovskis qui relève l'inflation de la responsabilité chez le TOC souffrant de TOC et qui justifie la thérapie cognitive dont on connaît l'efficacité. Puis, de nombreuses approches ont été développées et les patients sont friands de ces nouveautés. Toutefois, la validité de ces modèles est actuellement toujours très limitée. Elle est le plus souvent argumentée par les travaux des chercheurs qui ont mis au point eux-mêmes la théorie qu'ils testent, ce qui en réduit leur portée. En effet, leurs résultats sont soumis à l'un des biais d'évaluation des psychothérapies qu'on appelle « l'effet-centre », que les étudiants d'Ircade et d'Epthecc apprennent en première année. D'autre part, les recherches en psychothérapie sont longues à faire. Elles testent une hypothèse à la fois. En conséquence, les avancées sont lentes. Souvent, les chercheurs qui proposent de nouvelles techniques soulignent les problèmes que pose l'exposition et qui justifient la recherche d'alternatives ou

d'évolution : a) 30% des patients ne répondent pas aux traitements TCC ou IRS (Schruers, 2005) ; b) beaucoup de patients évitent la TCC par expo ; c) 40% des thérapeutes ne la pratiquent pas (Moritz 2019). D'où l'idée que nous aurions besoin de traitements moins « anxigènes », moins codifiés mais administrés rapidement par des thérapeutes ayant moins d'expérience qui rendent le traitement plus accessible (Kazdin 2017) ... Je ne suis pas sûr que ce soit la voie. Je crois qu'il faut surtout accompagner les thérapeutes en les aidant pour appliquer les traitements qui marchent. C'est ce que nous essayons de faire à Irccade et à l'Épthecc

Dr M. H. : Quelle place occupe l'exposition avec prévention de la réponse (EPR) dans les techniques comportementales pour le TOC ?

Docteur Alain Sauteraud : Dans les techniques comportementales, elle reste la seule technique validée avec un niveau de preuve aussi élevé. Mais ce qui actuellement discuté, c'est : « comment marche l'exposition ? ». Le fait qu'un certain nombre de patients s'améliorent alors qu'ils n'obtiennent jamais l'extinction lors des exercices d'exposition permis une évolution intéressante dans le modèle thérapeutique. Il semble que ce soit plus le fait de : a) s'exposer ; b) d'observer la tendance à celle-ci de baisser si on ritualise moins (ou pas) ; et surtout c) le fait que la répétition de l'exercice fait baisser l'anxiété et permet l'amélioration. L'extinction serait donc moins indispensable que ce que le modèle l'indiquait même si elle reste un phénomène positif. Autrement dit, peut-être que les meilleurs résultats s'obtiennent s'il y a extinction mais que l'amélioration est possible quand-même sans extinction. C'est Michele Craske (2008) qui est à l'origine de cette réflexion et plusieurs recherches sont en cours. Mais, pour l'instant, nous n'avons pas les éléments scientifiques pour faire la part des choses. C'est un sujet assez passionnant.

Dr M. H. : Quelles sont les nouveautés en termes de thérapie cognitive du TOC ?

Docteur Alain Sauteraud : Comme je le disais, les nouveautés visent surtout à diminuer le taux de refus de traitement et d'abandon de thérapie en utilisant des techniques cognitives voire métacognitives. Cette réflexion est à mon sens très importante. Comment conduire plus de malades à suivre le traitement ? Cette problématique fait chercher des méthodes nouvelles, comme par exemple la thérapie métacognitive de Wells qui offre des résultats intéressants : une méta-analyse a montré son intérêt dans le TOC, en comparaison avec des groupes contrôles. Mais quid si on compare Wells avec une TCC classique d'exposition et restructuration cognitive ? Il y a aussi la question de la part relative des ingrédients d'une TCC dans son succès. Même entre thérapie d'exposition et thérapie cognitive le problème n'est pas réglé. Par exemple, l'étude française « Thérapie Cognitive versus Thérapie d'Exposition » dans les années 90, sous la direction de Jean Cottraux, avait montré l'équivalence des deux approches. Mais, dans le protocole Thérapie Cognitive, on disait quand même aux malades de s'exposer, mais moins directement. Est-ce que la thérapie cognitive n'agit pas seulement comme un « facilitateur d'exposition » qui reste l'outil de base ? Cela rejoint le fait que toutes les « nouvelles » méthodes servent peut-être seulement à convaincre les patients à s'exposer. En effet, l'un des prédicteurs les plus solides du succès d'une thérapie de TOC est de pouvoir s'exposer, résultat jamais démenti.

Dr M. H. : Quels sont les apports des approches processuelles de 3^{ème} vague dans le traitement du TOC ?

Docteur Alain Sauteraud : Actuellement la troisième vague rencontre beaucoup d'écho chez les patients et surtout chez les thérapeutes qui pratiquent eux-mêmes avec un bénéfice sur leur bien-être. A mon sens, l'originalité de la troisième vague n'est pas sur les techniques elles-

mêmes : celles-ci sont très anciennes pour la méditation et leur spécificité est discutable en ce qui concerne l'ACT, que certains présentent surtout comme un modèle d'analyse fonctionnelle. L'originalité selon moi consiste surtout dans le fait que c'est une approche transdiagnostique des maladies, justifiée par le fort taux de comorbidité de chacune d'entre elles (de 30 à 50% pour les troubles anxieux ou dépressifs). La mindfulness a bénéficié d'une étude ouverte de 12 patients dans le TOC (Hertenstein E & al, 2012). L'Acceptance Commitment Therapy (ACT), qui pratique l'acceptation, l'engagement sur ses valeurs, et la défusion sur ses pensées a bénéficié d'une étude contrôlée (Twohig & al, 2010). Il n'y a pas de données pour la Compassion Focused Therapy (CFT). On comprend bien qu'on ne puisse pas tirer de conclusions sur des études aussi rares et petites. Toutefois, on ne peut qu'être surpris par l'engouement de ces méthodes auprès des thérapeutes au vu de leurs arguments scientifiques actuels. Enfin, cette troisième vague a en commun « l'acceptation » de la pensée et de l'émotion et le fait de « ne pas obéir à leur sens ». Le problème est de savoir en quoi ces ingrédients ne sont pas déjà dans le protocole TCC. Par exemple, « l'exposition à des idées obsédantes par des dictées obsédantes ou des flooding » -que nous pratiquons en TCC mais de façon directe- est très proche de l'acceptation/défusion/flexibilité de la troisième vague, comme me l'ont confirmé plusieurs thérapeutes ACT et Mindfulness. En 2017, David Barlow -qu'on ne présente plus- a publié l'efficacité d'un traitement par « protocole unifié dans le traitement de troubles émotionnels » dans *Jama Psychiatry* (2017). Il pratique d'abord une psychoéducation sur les troubles émotionnels et vise à renforcer la motivation et l'engagement du sujet. Puis il utilise 5 modules aux thèmes suivants : (a) augmenter l'émotion focalisée sur le présent, (b) augmenter la flexibilité cognitive, (c) identifier et prévenir les patterns comportementaux d'évitement émotionnel ou de comportements inadaptés tournés vers l'émotion), (d) augmenter la conscience et la tolérance des sensations physiques en relation avec l'émotion et (e) pratique une exposition intéroceptive situationnelle centrée sur l'émotion. Enfin, il ajoute un module de prévention des rechutes, le tout en 18 séances d'une heure. Il ne cite pas la mindfulness ni l'ACT dans son article, mais on retrouve les ingrédients d'acceptation et défusion de la pensée de l'action de l'ACT, mixés à des ingrédients d'exposition. Les résultats sont encourageants mais c'est une toute petite série avec 8 patients souffrant de TOC seulement. A nouveau, on ne dispose pas d'étude qui compare ces techniques au gold standard TCC. En général, les protocoles psychothérapeutiques précis ne sont jamais communiqués et souvent écrits seulement dans les grandes lignes dans les publications : quelle est la spécificité de ces techniques ? Dans le protocole unifié de Barlow, on voit bien qu'il y a les ingrédients « thérapie cognitive » et « exposition » ce qui modifie l'analyse des ingrédients actifs. Malgré tout, je crois que la question de l'approche transdiagnostique est une nouveauté à suivre. On peut bien sûr pratiquer avec ces outils, si l'on s'y sent bien et que l'on sait faire. Mais en aucun cas elles ne doivent consister en une perte de chance pour les patients qui consisterait à « oublier » de faire une TCC classique. Je crois finalement qu'il faut attendre plus d'arguments pour modifier nos pratiques d'exposition. Le vrai problème en France est d'avoir des thérapeutes qui savent faire et pratiquent les TCC. Finalement, je rejoins l'avis de la Professeure Emily Holmes (Oxford) au dernier Congrès mondial de TCC à Berlin en juillet 2019 qui déclarait : « nous disposons de grands traitements pour un système de santé déficient mais ils manquent d'avancées significatives en science fondamentale depuis les années 60 ».

Dr M.H. : Un conseil de lecture pour aller plus loin ?

Docteur Alain Sauteraud : Il y a en a plusieurs, en plus de mes deux livres. Pour ma part, récemment, j'ai apprécié en français le livre destiné aux patients « Toc ou pas TOC » du Dr Franck Lamagnere (Ed. Odile Jacob, 2017). Franck Lamagnere est un grand clinicien du TOC

et il est très pédagogique. Il parle aussi des Tics ce qui est rare en français. En Anglais, pour les spécialistes, la lecture de Gail Steketee : « The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders », chez Oxford University Press en 2012 fait le point sur l'état des connaissances sur le TOC. « Obsessive-Compulsive Disorder in Adults » de Jonathan S. Abramowitz et Ryan J. Jacoby aux éditions Hogrefe (2015) qui est un petit livre de 90 pages, moderne et à visée pratique pour le thérapeute.

Dr M.H. : Merci Dr Sauteraud pour cette actualisation de nos connaissances et de nos pratiques . Nous rappelons que vous êtes l'auteur de

- Je ne peux pas m'arrêter de L'AVER, VERIFIER, COMPTE ; Mieux Vivre avec un TOC (Odile Jacob, 2000)
- Le Trouble Obsessionnel-Compulsif : Le Manuel du Thérapeute (Odile Jacob, 2005)