

## Des nouvelles de “ l'immonde ” 2

Claude Léger

### Des TOC's

La Haute Autorité de Santé (HAS) a fait parvenir en décembre dernier à tous les psychiatres en exercice, une brochure d'évaluation des technologies de santé, intitulée : « Troubles obsessionnels compulsifs (TOC) résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle ».

Ce document a attendu plus d'un an pour être diffusé, après sa validation en Juillet 2005.

À cette date, la bataille faisait rage entre les TCCistes et les psychodynamistes, voire les « psychodynamites ». Certains d'entre nous qui en eurent alors connaissance, ne manquèrent pas du reste, d'exprimer sur nos listes leur étonnement scandalisé.

Pourquoi la Haute Autorité s'autorise-t-elle aujourd'hui cette large diffusion ? Le contexte aurait-il changé dès lors que les psychanalystes ont été renvoyés au confort douillet de leurs associations ?

Il n'est pas inutile de rappeler les principes de ces évaluations pour saisir l'enjeu de celle sur laquelle je m'arrête ici. « Elle prend en compte la sécurité, l'efficacité expérimentale et pragmatique d'une technologie, ainsi que son impact économique (coût, rapport coûts/résultats et implications budgétaires)... »

Or, le groupe de travail qui a « pondu » cette évaluation-ci ne comprenait aucun économiste, ni d'ailleurs aucun représentant des associations d'utilisateurs, ce qui est plutôt exceptionnel de nos jours. Il n'était composé que de psychiatres comportementalo-cognitivistes, de neurologues et de neurochirurgiens. Pourtant, l'aspect économique du traitement neurochirurgical des TOC aurait bien mérité d'être évalué ; les capacités de réhabilitation psycho-sociale du « sujet TOC résistant » auraient pu nous intéresser. Car, il résiste, le bougre ! C'est qu'il a déjà résisté aux TCC, aux IRS et même à la combinaison des deux. Il ne reste donc plus que la « chirurgie

gie d'ablation », laquelle n'est pas exempte de complications hémorragiques ou infectieuses.

Aussi, la HAS préconise-t-elle, plutôt que « la capsulotomie antérieure, la cingulotomie antérieure, la tractotomie subcaudée ou la leucotomie bilimbique », la stimulation cérébrale profonde qui « a pour avantage théorique la réversibilité de l'effet ». Il suffit d'en ajuster les paramètres : fréquence, voltage et durée d'impulsion. Les résultats sont prometteurs, mais restent « préliminaires » : seule une dizaine de cas a été recensée dans la littérature mondiale, c'est-à-dire nord-américaine et anglaise. Ces résultats sont positifs, mais partiels. Ils semblent avoir surtout eu pour effet « la reprise d'une certaine activité sociale » du malade.

Je m'interroge sur la notion de réversibilité de l'effet. S'agit-il de permettre à notre TOC-résistant de renoncer à sa réhabilitation pour retomber dans l'enfer de ses obsessions, de ses compulsions, de ses phobies d'impulsions, de ses rituels conjuratoires, de ses blasphèmes irrépressibles, en un mot : de sa folie du doute ? Ou s'agit-il plus simplement d'éviter les complications, en pourcentage non négligeable, de la « chirurgie lésionnelle » ?

Quoi qu'il en soit, tout ceci ne peut avoir lieu que selon les termes protocolisés du consentement. Le choix revient *in fine* au patient, ce qui est un comble pour un douteur pathologique. ■