

Louis Chalout

Avec la collaboration de Jean Goulet et Thanh-Lan Ngô

**GUIDE DE PRATIQUE
POUR L'ÉVALUATION ET
LE TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL
DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)**

Polyclinique médicale Concorde, Cité de la Santé de Laval,
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal

À PROPOS DE CE GUIDE DE PRATIQUE

Ce guide de pratique s'adresse avant tout aux cliniciens à qui il cherche à fournir une information concise, pratique et raisonnablement à jour sur le traitement pharmacologique et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) du Trouble obsessionnel-compulsif (TOC). La présente version demeure toutefois un **document de travail**. Elle n'a pas la prétention d'être complète et peut faire l'objet de discussions, de corrections ainsi que de modifications futures. Nous référons les lecteurs à l'ouvrage de Chaloult et coll. (2008) pour une présentation pratique des principes fondamentaux et des techniques de base de la TCC.

À PROPOS DES AUTEURS

Louis Chaloult est médecin psychiatre. Il pratique en bureau privé à la Polyclinique médicale Concorde à Laval. Il a été professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal de 1980 à 2010.

Jean Goulet est médecin psychiatre. Il pratique aux départements de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval et de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Il est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Thanh-Lan Ngô est médecin psychiatre. Elle pratique à la clinique des maladies affectives du Pavillon Albert-Prévost qui relève du département de psychiatrie de l'hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. Elle est professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

SOMMAIRE

Section I	Description et évaluation du Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)	4
Section II	Traitement pharmacologique du Trouble obsessionnel-compulsif	12
Section III	Modèle cognitivo-comportemental pour la compréhension du Trouble obsessionnel-compulsif	17
Section IV	Principales étapes du traitement cognitivo-comportemental du Trouble obsessionnel-compulsif	22
Section V	Déroulement du traitement	28
Section VI	Instruments de mesure et outils de traitement	34
Section VII	Bibliographie	54

SECTION I

DESCRIPTION ET ÉVALUATION DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)

Cette section se divise en trois parties :

- A. Description et quelques considérations sur le Trouble obsessionnel-compulsif (TOC).
- B. Les critères diagnostiques du Trouble obsessionnel-compulsif selon le DSM-5.
- C. L'évaluation du Trouble obsessionnel-compulsif.

A. DESCRIPTION ET QUELQUES CONSIDÉRATIONS SUR LE TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)

Description

Le Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) constitue sans doute le trouble anxieux le plus grave et le plus incapacitant. Il est caractérisé par la présence d'obsessions récurrentes à l'origine d'une anxiété le plus souvent sévère et très souffrante que le sujet cherche à diminuer en se servant de divers moyens appelés stratégies de neutralisation. Celles-ci, nommées parfois comportements sécurisants, peuvent prendre différentes formes dont celle de compulsions ou rituels.

Avant d'aller plus loin, commençons par mieux définir, en nous inspirant du DSM-5, en quoi consistent les obsessions, les stratégies de neutralisation et les compulsions.

- Les *obsessions* sont des idées, des pensées, des impulsions ou des représentations persistantes qui sont vécues comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une souffrance importante. Les obsessions les plus communes sont des pensées répétées de contamination (ex., être contaminé en serrant les mains), des doutes répétés (ex., se demander si on a fait une certaine action comme avoir blessé quelqu'un dans un accident de la route), un besoin de mettre les choses dans un ordre particulier (ex., une souffrance intense quand les objets sont en désordre ou asymétriques), des impulsions agressives ou horribles (ex., blesser son enfant ou crier une obscénité à l'église) et des représentations sexuelles (ex., une image pornographique récurrente).

- Les *compulsions ou rituels* sont des comportements répétitifs observables (« overt » en anglais, par exemple se laver les mains, ranger dans un certain ordre ou vérifier) ou des actes mentaux également répétitifs mais non observables (« covert » en anglais, par exemple prier, compter ou répéter des mots de manière silencieuse) dont le but est de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance causées par les obsessions et non de procurer plaisir ou satisfaction.
- Les *stratégies de neutralisation* ont également pour but de prévenir ou de réduire l'anxiété ou la souffrance causées par les obsessions mais on leur donne un sens plus large que celui attribué aux compulsions. Elles incluent les compulsions qui sont par définition des stratégies plus rigides et répétitives mais elles comprennent aussi d'autres stratégies plus flexibles et moins stéréotypées comme se distraire, analyser la pensée, se relaxer ou autres. Nous y reviendrons un peu plus loin.

Épidémiologie

On croyait autrefois que le TOC était plutôt rare mais des études épidémiologiques récentes évaluent sa prévalence à vie entre 1.9% et 3% de la population générale (Leahy, Holland, McGinn, 2012). Ce chiffre augmente si on y ajoute les pathologies associées ou celles faisant partie du spectre des pathologies reliées au TOC. Il se répartit également entre les deux sexes mais il survient plus précocement chez les hommes.

Évolution naturelle de la maladie

Le TOC débute généralement de façon progressive, parfois au cours de l'enfance, mais le plus souvent au cours de l'adolescence ou chez le jeune adulte. Il devient habituellement chronique et fluctue dans le temps avec des hauts et des bas pouvant être influencés par des stressseurs aigus ou chroniques.

Le Trouble obsessionnel-compulsif présente un haut niveau de comorbidité (Leahy, Holland, McGinn, 2012) :

- Entre 50% et 60% de ceux qui souffrent d'un TOC présentent simultanément au moins une autre pathologie psychiatrique.
- 28% à 38% de ceux qui en sont atteints présentent simultanément les critères d'une dépression majeure.
- 49% souffrent d'un autre trouble anxieux, les plus fréquemment en cause étant le Trouble anxiété généralisée, la Phobie spécifique et le Trouble panique.

- Une complication fréquente est la toxicomanie.

Les pathologies reliées au TOC :

Si on se réfère au DSM-5, il existe quatre pathologies reliées au TOC. Ce sont :

- Le « Body Dysmorphic Disorder ».
- Le « Hoarding Disorder ».
- Le « Hair Pulling Disorder (Trichotillomanie) ».
- Le « Skin Picking Disorder ».

B. LES CRITÈRES DIAGNOSTIQUES DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF SELON LE DSM-5

A. Presence of obsessions, compulsions, or both:

Obsessions are defined by (1) and (2):

1. Recurrent and persistent thoughts, urges, or images that are experienced, at some time during the disturbance, as intrusive and unwanted, and that in most individuals cause marked anxiety or distress
2. The individual attempts to ignore or suppress such thoughts, urges, or images, or to neutralize them with some other thought or action (i.e., by performing a compulsion)

Compulsions are defined by (1) and (2):

1. Repetitive behaviors (e.g., hand washing, ordering, checking) or mental acts (e.g., praying, counting, repeating words silently) that the individual feels driven to perform in response to an obsession, or according to rules that must be applied rigidly
2. The behaviors or mental acts are aimed at preventing or reducing anxiety or distress, or preventing some dreaded event or situation; however, these behaviors or mental acts either are not connected in a realistic way with what they are designed to neutralize or prevent, or are clearly excessive.

Note: Young children may not be able to articulate the aims of these behaviors or mental acts.

B. The obsessions or compulsions are time-consuming (for example, take more than 1 hour a day) or cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

C. The obsessive-compulsive symptoms are not attributable to the physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication) or another medical condition.

D. The disturbance is not better explained for by the symptoms of another mental disorder (e.g., excessive worries, as in generalized anxiety disorder; preoccupation with appearance, as in body dysmorphic disorder; difficulty discarding or parting with possessions, as in hoarding disorder; hair pulling, as in trichotillomania (hair pulling disorder); skin picking, as in excoriation (skin picking) disorder; stereotypies, as in stereotypic movement disorder; ritualized eating behavior, as in eating disorders; preoccupation with substances or gambling, as in substance-related and addictive disorders; preoccupation with having an illness, as in illness anxiety disorder; sexual urges or fantasies, as in a paraphilic disorders; impulses, as in disruptive, impulse control, and conduct disorders; guilty ruminations, as in major depressive disorder; thought insertion or delusional preoccupations, as in schizophrenia spectrum or other psychotic disorders; or repetitive patterns of behavior, as in autism spectrum disorder).

Specify if:

With good or fair insight: The individual recognizes that OCD beliefs are definitely or probably not true, or that they may or may not be true

With poor insight: The individual thinks OCD beliefs are probably true

With absent insight/delusional beliefs: The individual is completely convinced OCD beliefs are true

Specify if:

Tic-related: The individual has a current or past history of a tic disorder

C. L'ÉVALUATION DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)

Principales obsessions et stratégies de neutralisation et comment les évaluer en clinique

Nous savons que les obsessions constituent le point de départ dans la symptomatologie du TOC et que c'est suite à leur apparition que la maladie se forme et évolue. Les obsessions produisent une anxiété intense que le sujet cherche à diminuer au moyen de diverses stratégies appelées stratégies de neutralisation dans lesquelles on retrouve les compulsions. Voyons quelles sont les principales obsessions et les principales stratégies de neutralisation et comment les évaluer avec plus de précision en clinique.

1. Les obsessions

a. Principales obsessions :

Les principaux thèmes autour desquels on peut regrouper les obsessions sont la peur d'agresser ou de blesser une personne, de provoquer un accident et de perdre le contrôle; la peur d'être contaminé ou de tomber malade; la négligence, la malhonnêteté, la sexualité et la religion. On retrouve parfois des obsessions prenant la forme de questions existentielles angoissantes ou provenant de détails sans importance («Ai-je marché sur la fente du trottoir?»).

b. Évaluation des obsessions : Au moment de l'évaluation des obsessions, on peut se poser les questions suivantes :

- Quel est leur contenu, leur forme, leur intensité, leur fréquence et leur durée?
- Quels stimuli les déclenchent ou les renforcent?
- Quelle signification et quelle importance la personne leur donne-t-elle et quelle est son degré d'autocritique à leur endroit?

2. Les stratégies de neutralisation (compulsions, rituels ou autres)¹

a. Principales stratégies de neutralisations :

- Certaines sont de nature principalement comportementale :
 - Les compulsions ou les rituels. Les principales compulsions concernent les sujets suivants : lavage, vérification, compter, ordre, lenteur, collectionner, ou des combinaisons de plusieurs de ces sujets.

¹ Pour une liste plus complète des comportements sécurisants, voir l'index des symptômes Y-BOCS dans les annexes, p.35.

- Les distractions : lire, regarder la télévision, faire du sport.
- D'autres sont de nature surtout cognitive :
 - Remplacer la pensée : liste d'épicerie, vacances, pensée positive.
 - Analyser et restructurer les pensées : essayer de trouver les causes, les raisons, les solutions, remplacer certaines pensées par d'autres jugées plus appropriées.
 - Parler aux autres : aux proches, à un professionnel de la santé, socialiser.
 - Arrêt de la pensée.
 - Autres : prière, relaxation, etc.
- b. Évaluation des stratégies de neutralisation. Lorsqu'on évalue les stratégies de neutralisation, on peut se poser les questions suivantes :
 - Quelle est leur nature, leur fréquence et leur durée?
 - Quels stimuli les déclenchent ou les renforcent?

L'évitement

L'évitement constitue un élément central dans la compréhension du TOC. Il prévient en effet l'exposition aux situations appréhendées et par le fait même à l'anxiété qui en découle. Une personne, par exemple, qui craint la contamination évitera de toucher aux robinets ou aux poignées de porte de la toilette. Elle pourrait aussi éviter d'y penser (évitement mental). De la même façon, les stratégies de neutralisation, compulsions ou autres, diminuent ou mettent fin à l'anxiété déclenchée par le stimulus phobogène. Les deux donc, l'évitement et les stratégies de neutralisation, ont en commun de permettre à la personne d'éliminer ou d'atténuer l'anxiété provoquée par l'exposition à la situation appréhendée. Ils diffèrent cependant dans ce sens que l'évitement prévient l'anxiété en empêchant l'exposition à la situation tandis que les stratégies de neutralisation permettent de contrôler l'anxiété survenue pendant ou après l'exposition. Par exemple, si la personne qui craint la contamination doit absolument ouvrir la porte de la toilette pour en sortir, elle aura recours à une ou des stratégies de neutralisation pour contrôler son anxiété; ce peut être ici des compulsions comme se laver les mains à répétition. Si elle attend qu'une autre personne ouvre la porte des toilettes à sa place, elle n'aura plus besoin de se laver les mains parce qu'elle aura évité la situation appréhendée.

Instruments de mesure pour évaluer le Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)²

Lorsque le clinicien au cours d'une évaluation soupçonne la présence d'un TOC, 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 :

1. *L'index des symptômes Y-BOCS (Yale-Brown obsessive and compulsive scale) et l'Échelle Yale-Brown.*

Il existe plusieurs échelles de mesure pour évaluer les obsessions et les stratégies de neutralisation rencontrées dans un TOC. 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 :

- a. L'Index des symptômes Y-BOCS qui permet de faire l'inventaire des principales obsessions et des principaux rituels.
- b. L'Échelle Yale-Brown qui permet de mesurer en chiffres l'intensité des obsessions et des rituels et d'en suivre l'évolution.

2. *Questionnaire suggéré dans le DSM-5 pour évaluer la gravité d'un TOC.*

Dans le nouveau DSM-5, des questionnaires sont suggérés pour évaluer la présence et la gravité des divers troubles anxieux. Nous avons reproduit ici celui qui est suggéré pour évaluer la gravité d'un TOC.

3. *Le registre des obsessions, des rituels (compulsions) et des évitements.*

Registre utile pour suivre l'évolution des obsessions, des rituels et des évitements au cours du traitement.

4. *TOC : Analyse et formulation du plan de traitement.*

Il s'agit d'une fiche d'évaluation adaptée d'Edna B. Foa (2012) qui couvre les divers aspects de l'analyse fonctionnelle du TOC et qui facilite la formulation du plan de traitement.

5. *L'Inventaire de Beck pour la dépression.*

La comorbidité entre le TOC et la dépression est importante. Si on soupçonne la présence d'un syndrome dépressif, cet inventaire aide à signaler sa présence (même si ce n'est pas une échelle diagnostique) et de mieux en mesurer la gravité.

² Ces instruments de mesure se trouvent à la section VI, p.34.

6. *Le questionnaire d'évaluation de la peur.*

Il existe également une importante comorbidité entre les divers troubles anxieux. Ce questionnaire a pour but de détecter la présence possible d'autres troubles anxieux dont pourrait souffrir le sujet.

<p style="text-align: center;">SECTION II</p> <p style="text-align: center;">LE TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE</p> <p style="text-align: center;">DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)</p>
--

Lorsqu'un TOC est léger on peut limiter le traitement à la psychothérapie quitte à ajouter une médication en cours de route si on le juge nécessaire. Ceci est vrai pour les adultes mais encore davantage pour les enfants ou pour les adolescents. Mais si la gravité du TOC est modérée ou sévère et à plus forte raison en présence de comorbidité comme un autre trouble anxieux ou une dépression majeure, le traitement pharmacologique devient de plus en plus nécessaire.

Celui-ci est constitué avant tout d'antidépresseurs mais parmi ces derniers, ceux qui agissent plus spécifiquement sur le recaptage de la sérotonine sont les plus efficaces. Parmi ceux-ci, huit sont plus fréquemment prescrits. Le plus ancien est la clomipramine (Anafranil) qui fait partie de la famille des tricycliques. Six autres forment le groupe des ISRS; ce sont la fluoxétine (Prozac), la fluvoxamine (Luvox), la sertraline (Zoloft), la paroxétine (Paxil), le citalopram (Celexa) et l'escitalopram (Cipralex). Le huitième est un IRSN, soit la venlafaxine (Effexor). À part le citalopram et la venlafaxine, les six autres font l'objet d'une indication officielle au Canada pour le traitement du TOC.

Comment débiter la médication.

L'efficacité des six antidépresseurs faisant l'objet d'une indication officielle au Canada étant sensiblement la même dans le traitement du TOC, le clinicien peut débiter avec la molécule qui lui est la plus familière tout en étant la mieux adaptée à la situation. Il y a avantage ici à tenir compte du profil des effets secondaires. Soulignons également que les patients souffrant de troubles anxieux sont particulièrement sensibles aux effets secondaires des antidépresseurs et qu'il est donc préférable de commencer avec de petites doses, soit environ 10 mg de fluoxétine, 50 mg de fluvoxamine, 25 à 50 mg de sertraline, 10 mg de paroxétine et 5 mg d'escitalopram. On augmente ensuite la posologie en respectant les capacités d'adaptation du sujet. Si l'intensité du TOC varie de légère à modérée, des doses thérapeutiques quotidiennes

moyennes peuvent être suffisantes, soit 20 mg de fluoxétine, 150 mg de fluvoxamine, 100 mg de sertraline, 20 mg de paroxétine et 10 mg d'escitalopram.

Si après six à huit semaines le patient ne répond pas ou ne répond que partiellement à la médication comme c'est souvent le cas, la dose doit être augmentée sans tarder. Si le TOC est sévère, une forte dose sera prescrite le plus rapidement possible. Les doses maximales sont de l'ordre de 80 mg par jour de fluoxétine, 300 mg de fluvoxamine, 200 mg de sertraline, 60 mg de paroxétine et 20 mg d'escitalopram. Notons que lorsqu'on traite un TOC avec des antidépresseurs, on utilise généralement des doses plus élevées comparées aux autres troubles anxieux, la médication prend plus de temps à faire effet, la symptomatologie diminue moins et les rechutes sont plus fréquentes après la cessation de l'antidépresseur.

Si le patient est très anxieux en début de traitement, on peut le soulager en ajoutant d'emblée une benzodiazépine (BZD) à l'antidépresseur. La BZD peut être diminuée puis cessée après quelques semaines lorsque le médicament produit son effet.

S'il existe des tics concomitants (maladie de Gilles de la Tourette) ou des symptômes psychotiques, on peut parfois ajouter un antipsychotique à l'antidépresseur. Les antipsychotiques atypiques sont les plus souvent employés, entre autres l'halopéridol (Haldol), l'olanzapine (Zyprexa), la rispéridone (Risperdal), la quétiapine (Seroquel) ou l'aripiprazole (Abilify).

Notons ici qu'un essai avec un antidépresseur est considéré comme sérieux seulement si cet antidépresseur est administré pendant une période minimale de huit à douze semaines et si pendant ce temps la dose maximale a été atteinte pendant au moins de six à dix semaines.

Après de huit à douze semaines, on se retrouve donc en face de trois hypothèses :

1. La symptomatologie est améliorée d'environ 30 à 40 % ou plus avec la médication seulement et davantage si elle est combinée à une psychothérapie cognitivo-comportementale. On considère alors que le traitement va bien et on continue dans la même direction.
2. La symptomatologie est améliorée mais pas suffisamment selon l'avis du clinicien. On utilise alors une stratégie de potentialisation.
3. La symptomatologie n'est pas améliorée. On utilise alors une stratégie de substitution.

Stratégies de potentialisation

Si après de huit à douze semaines la symptomatologie du TOC n'est pas suffisamment améliorée, on peut ajouter un second médicament pour augmenter l'efficacité du premier.

Les différents potentialisateurs utilisés dans la dépression peuvent être prescrits mais il y a peu de données précisant leur efficacité dans le traitement du TOC résistant. Nommons entre autres les sels de lithium, l'hormone thyroïdienne T₃, le pindolol, le tryptophane, le topiramate et la gabapentine.

Des études récentes (Foa, Yadin, Lichner, 2012) ont démontré que l'ajout d'un antipsychotique atypique est souvent efficace pour réduire les symptômes obsessionnels résiduels. C'est pourquoi ce type de potentialisation est de plus en plus utilisé.

Stratégies de substitution

Si après de huit à 12 semaines (ou moins si le TOC est sévère ou très sévère) la symptomatologie n'est pas améliorée par la prescription d'un antidépresseur, ou si les stratégies de potentialisation n'ont pas été efficaces, on cesse l'antidépresseur et on le remplace par un autre antidépresseur. Si on a utilisé un ISRS, on peut choisir un autre ISRS mais la plupart des cliniciens préfèrent passer d'emblée à un antidépresseur d'une autre classe. Les deux molécules les plus souvent utilisées sont la venlafaxine (Effexor XR) ou la clomipramine (Anafranil). La plupart du temps on augmente assez rapidement la posologie pour se rendre jusqu'à une dose de 225 mg par jour ou plus de venlafaxine ou de 200 mg par jour de clomipramine.

En cas d'échec avec ces divers médicaments, on peut utiliser un antipsychotique atypique.


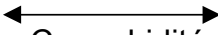
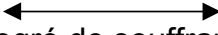
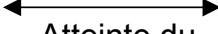


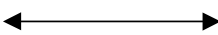
Considérations supplémentaires.

1. Si le traitement pharmacologique du TOC est efficace, il doit être poursuivi pour une durée minimale d'une année. En fait, dans le TOC sévère, les rechutes sont si nombreuses après la cessation de la médication qu'on peut se demander s'il n'est pas préférable de prescrire l'antidépresseur au long cours d'emblée.
2. Après de 12 à 18 mois de traitement pharmacologique à hautes doses, il est souvent possible de baisser la posologie du tiers ou plus tout en gardant le même contrôle sur la symptomatologie. Même s'il ne produit pas toujours de résultat, cet essai en vaut la peine parce que s'il est fructueux il permet de diminuer les effets secondaires du médicament tout en conservant la même efficacité thérapeutique.
3. Dans tous les cas de TOC, une thérapie cognitivo-comportementale insistant en particulier sur l'exposition in vivo avec prévention de la réponse peut être avantageusement ajoutée au traitement pharmacologique. Ceci est particulièrement vrai chez les enfants ou les

adolescents souffrant d'un TOC léger ou modéré pour lequel on ne prescrit généralement pas de médicament au départ.

4. Chez un patient souffrant d'un TOC, le pronostic est toujours plus réservé en présence de symptômes psychotiques, d'une faible autocritique ou d'un trouble de personnalité à l'axe II. Les troubles de personnalité les plus fréquemment rencontrés sont les troubles de personnalité obsessionnel-compulsif, évitant et limite.
5. Le pronostic est également plus réservé chez les ramasseurs (*hoarders*).
6. Si la pharmacothérapie et la psychothérapie sont inefficaces, il reste la neurochirurgie qui peut produire des résultats positifs dans les cas très sévères.

Variables à considérer avant de prescrire un antidépresseur dans un trouble anxieux

ANTIDÉPRESSEUR CONTRE-INDIQUÉ		ANTIDÉPRESSEUR INDIQUÉ
Absence de comorbidité	 Comorbidité	Présence de comorbidité élevée
Faible	 Degré de souffrance	Élevé
Faible	 Atteinte du fonctionnement	Marquée
Absent	 Nombre de récurrences	Élevé
Marquées	 Expérience du thérapeute ou disponibilité des ressources	Faibles
Absent	 Désir du patient de prendre une médication	Marqué

Plus ces différentes variables tendent vers la droite en nombre et en intensité, plus un antidépresseur est indiqué. Plus elles tendent vers la gauche, moins un antidépresseur est indiqué.

SECTION III MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL POUR LA COMPRÉHENSION DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)
--

Le modèle cognitivo-comportemental du TOC repose avant tout sur une bonne compréhension de ses causes et de leurs interactions réciproques. Comme dans toutes les pathologies psychiatriques, nous pouvons les diviser en trois groupes :

- A. Les facteurs prédisposants.
- B. Les facteurs précipitants.
- C. Les facteurs entretenants.

A) LES FACTEURS PRÉDISPOSANTS

Deux principaux groupes de facteurs peuvent prédisposer un individu à souffrir d'un TOC. Ce sont :

1. **Les facteurs biologiques.** On s'entend de plus en plus parmi les scientifiques pour attribuer une influence prédominante à la biologie dans l'étiologie du TOC. On pense que celui-ci serait possiblement causé par un déficit au niveau du métabolisme des neurotransmetteurs ou par des maladies d'origine bactérienne ou virale ou par des lésions organiques cérébrales ou autres. Mais la nature exacte de ces divers facteurs, leur rôle précis et leurs interrelations restent à préciser.
2. **Les facteurs environnementaux.** Le rôle des facteurs environnementaux dans l'étiologie du TOC demeure très mal connu. On parle de parents contrôlants, rigides et eux-mêmes obsessionnels. Rien n'est certain et tout reste à préciser.

B) LES FACTEURS PRÉCIPITANTS

Le TOC peut débuter graduellement sans être beaucoup influencé par des facteurs extérieurs. Mais généralement des stressseurs aigus ou chroniques, parfois même mineurs, jouent un rôle important tant dans son apparition que dans son évolution future.

La combinaison des facteurs prédisposants et précipitants est à l'origine des obsessions qui sont des pensées intrusives, incontrôlables, récurrentes et persistantes qui provoquent généralement une souffrance intense. C'est lorsqu'elles apparaissent que la maladie débute

véritablement et c'est sous leur influence que se forme et évolue le reste de la symptomatologie.

C) LES FACTEURS ENTRETENANTS

Rendu à ce point, une série de facteurs que l'on retrouve également dans d'autres troubles anxieux contribuent à maintenir ou à aggraver la maladie. Ce sont les distorsions cognitives (l'interprétation), les stratégies de neutralisation, l'évitement et les renforcements positifs (voir tableau p.20).

1. *Les distorsions cognitives.*

Le premier principe de base de la psychothérapie cognitive affirme que «les émotions des êtres humains sont causées surtout par leurs perceptions plutôt que par les événements». Si on l'applique à la compréhension du TOC, on peut dire que les souffrances de l'obsessionnel sont causées surtout par sa perception des obsessions plutôt que par les obsessions elles-mêmes. En fait, les obsessions constituent un phénomène normal chez l'être humain. Qui n'a pas été importuné par des pensées un peu dérangeantes, souvent neutres au plan affectif, mais quand même désagréables (par exemple une mélodie trop insistante) et dont il a de la difficulté à se débarrasser? Le même phénomène se produit chez l'obsessionnel mais il est fortement accentué suite à l'influence des facteurs prédisposants et précipitants que nous venons de voir auxquels s'ajoutent des facteurs entretenants. Les distorsions cognitives font partie de ces derniers et leur rôle est essentiel dans la survenue d'un TOC. On peut les diviser en deux groupes principaux qui sont les biais cognitifs ainsi que les attitudes et les croyances dysfonctionnelles.

Les biais cognitifs sont des erreurs de raisonnement qui amènent la personne à percevoir les situations et les événements de façon déformée et irréaliste de telle sorte qu'il en résulte souvent des conséquences néfastes pour la personne. En voici quelques uns fréquemment retrouvés dans le TOC :

- La dramatisation. Elle consiste à voir l'ensemble de la situation sous un angle exagérément inquiétant ou même catastrophique. Exemple : « Même si cette douleur abdominale est légère et ne dure que depuis peu de temps, je suis presque certain qu'elle est causée par un cancer. Quelle horreur, je dois voir d'urgence un médecin pour me rassurer. »

- L'intolérance à l'incertitude ou à l'ambiguïté. Exemple : « Mon médecin me dit que tous les examens sont négatifs et qu'il ne soupçonne rien de grave... mais il peut se tromper et je ne peux tolérer ce risque. Je vais consulter un deuxième, un troisième, un quatrième médecin ».
- La surveillance étroite des dangers potentiels. Exemple : « Ma douleur abdominale est disparue, mais je me palpe le ventre plusieurs fois par jour pour être bien certain que de nouveaux symptômes ne sont pas apparus. »
- D'autres biais cognitifs sont fréquents dans le TOC : le besoin de contrôler, la vulnérabilité accrue au danger, l'hypervigilance au sujet des pensées (images et impulsions intrusives), etc.

En plus des biais cognitifs, on retrouve dans le TOC des attitudes et des croyances dysfonctionnelles qui contribuent elles aussi à générer ou à accentuer la symptomatologie. Donnons quelques exemples :

- L'exagération du sens des responsabilités. Dans ce type de croyance, la personne pense qu'elle peut provoquer ou qu'elle doit prévenir une catastrophe réelle ou morale. Exemple : « Si je pile sur la fente du trottoir, un malheur pourrait arriver à moi ou à ma famille ».
- La fusion entre la pensée et l'action. Ici la personne croit que sa pensée va se concrétiser dans la réalité. Exemple : « Si j'ai pensé faire mal à quelqu'un je vais certainement passer à l'acte même si ce n'est pas mon désir ». Il y a une variante morale à cette croyance : penser à une mauvaise action est aussi pire que la faire.
- Les jugements globaux sur la valeur personnelle. Il s'agit ici d'une attitude extrêmement fréquente qui amène la personne à s'évaluer globalement puis à se juger de façon exagérément sévère. Exemple : « Il m'arrive de penser malgré moi que je pourrais blesser mon enfant avec un couteau. Puisque j'ai de telles pensées, je suis une personne dangereuse et méchante ».
- Etc.

Ce ne sont là que quelques exemples des multiples distorsions cognitives pouvant survenir dans un TOC. Il va de soi que le thérapeute doit nécessairement en tenir compte lorsqu'il entreprend la psychothérapie de ce type de pathologie.

2. *Les stratégies de neutralisation*

Plus les distorsions cognitives sont nombreuses et marquées, plus elles engendrent des craintes et de la souffrance. L'obsessionnel va donc mettre en action divers mécanismes ayant

pour but de neutraliser les obsessions et l'anxiété. Ce sont ces mécanismes que l'on nomme «stratégies de neutralisation» comme nous l'avons expliqué plus tôt. Certaines sont de nature surtout cognitive comme d'analyser, de remplacer ou d'arrêter l'obsession ou encore de se distraire en pensant à autre chose; d'autres sont de nature surtout comportementale comme les compulsions ou les activités distrayantes (voir section I).

Mais même si elles ont pour effet de diminuer l'anxiété à court terme, les stratégies de neutralisation l'augmentent à long terme entre autres pour les raisons suivantes :

- Elles confirment l'individu dans sa conviction d'être envahi par des pensées anormales et dangereuses puisqu'il lui faut continuellement les neutraliser. Il en résulte une sensation de bizarrerie ou «d'être à part» qui porte atteinte à son estime de lui-même.
- Elles l'empêchent de réaliser que même si elle est désagréable et souffrante, l'anxiété ne s'accroît pas indéfiniment et surtout qu'elle ne comporte pas de dangerosité.

2. *L'évitement*

Lorsque les stratégies de neutralisation plus anodines comme les rituels ou la distraction ne suffisent plus, l'obsessionnel emploie un moyen plus radical qui consiste à éviter les situations, les endroits ou les objets à l'origine de ses obsessions. Celui qui a peur de blesser quelqu'un avec sa voiture décidera de ne plus la conduire; l'autre qui craint de se contaminer évitera les endroits comme les toilettes publiques ou les objets comme les poignées de porte auxquels il attribue un risque exagéré de contamination; le bricoleur qui s'inquiète de provoquer un incendie suite à un court-circuit ne voudra plus utiliser d'outils électriques et ainsi de suite. Il va sans dire que si l'évitement s'étend à trop de situations, d'endroits ou d'objets, il en résulte une atteinte fonctionnelle pouvant nuire considérablement à la personne en cause.

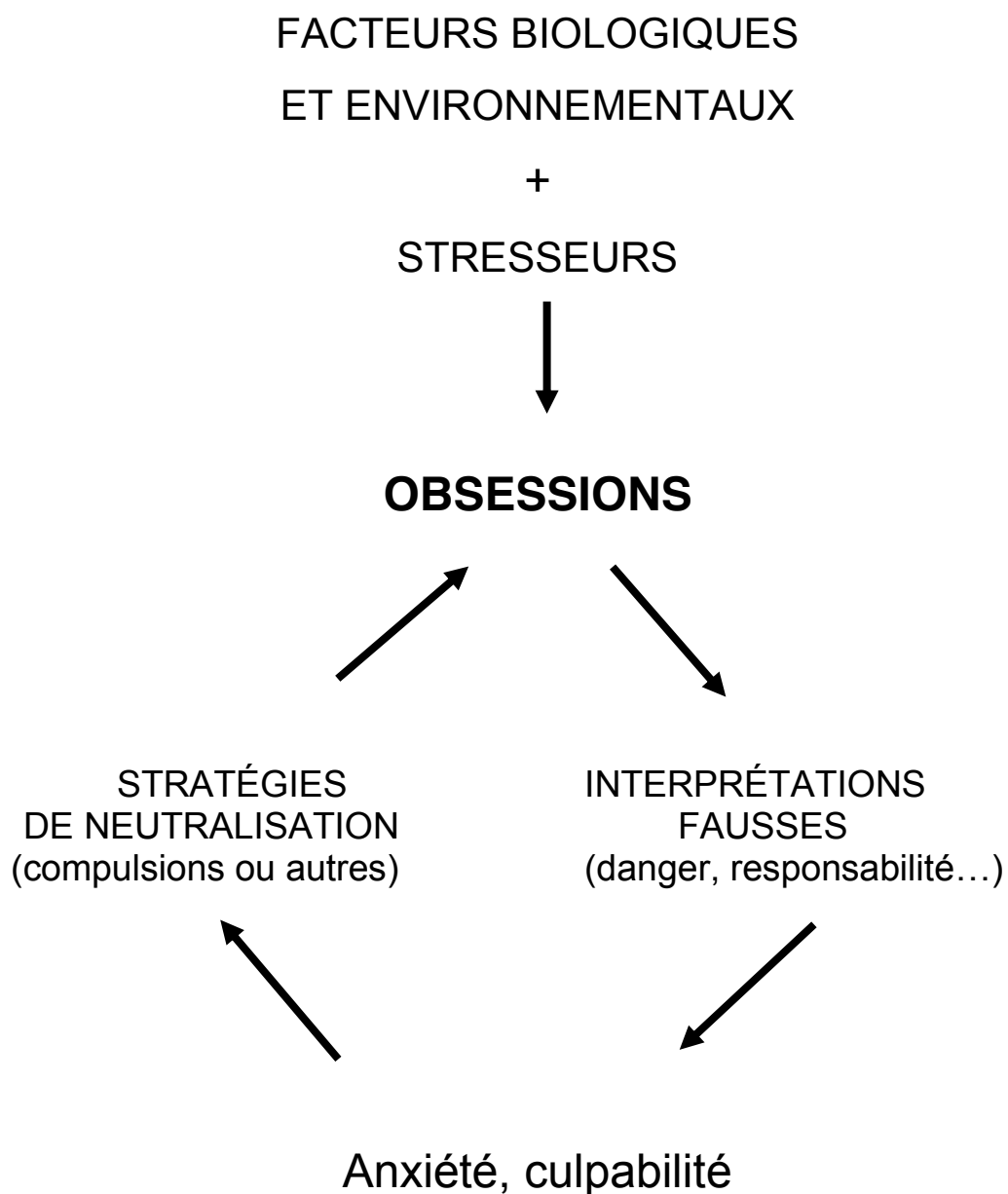
3. *Les renforcements négatifs*

Lorsqu'il utilise des stratégies de neutralisation ou l'évitement l'obsessionnel se sent immédiatement soulagé ce qui contribue à accentuer l'utilisation de mécanismes de ce genre dans le futur.

Cette combinaison des facteurs prédisposants, précipitants et entretenants est responsable de l'apparition, du maintien et de l'accentuation du Trouble obsessionnel-compulsif. S'il n'est pas traité adéquatement, ce trouble peut s'aggraver avec le temps et créer beaucoup de dommages : atteintes fonctionnelles, conflits familiaux, atteintes à l'estime de soi ou autres.

TABLEAU 2

MODÈLE COGNITIVO-COMPORTEMENTAL
POUR LA COMPRÉHENSION DU TOC



SECTION IV

**PRINCIPALES ÉTAPES DU TRAITEMENT COGNITIVO-COMPORTEMENTAL
DU TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF (TOC)**

Le traitement cognitivo-comportemental du TOC découle essentiellement de son modèle cognitivo-comportemental. Il comporte dix étapes principales que voici :

1^{re} étape : l'évaluation

Comme pour n'importe quelle pathologie psychiatrique ou organique, une évaluation détaillée est essentielle avant de débiter le traitement. En plus de l'histoire de cas habituelle, on complète l'évaluation du TOC au moyen de questionnaires ou d'inventaires permettant de mieux en apprécier la nature et la gravité et de suivre l'évolution en cours de route. La fiche : TOC, analyse fonctionnelle et formulation du plan de traitement peut être utile ici (voir section I et VI).

Si elle est possible, une rencontre avec les membres de la famille ou de l'entourage est souvent utile. Des familles peuvent en effet contribuer à la persistance du problème en accommodant le patient; certains vont même jusqu'à participer au rituel afin d'éviter de déclencher des crises. Par ailleurs les comportements de l'obsessionnel peuvent également restreindre les activités de la famille; par exemple les accumulateurs pathologiques (Hoarding Disorder).

2^e étape : l'information au patient

Il est essentiel avant le début du traitement de bien expliquer au patient les aspects suivants et de s'assurer qu'il les a bien compris :

1. Les pensées intrusives constituent un phénomène normal que l'on retrouve chez tous les gens mais qui est plus accentué dans le TOC.
2. Il est impossible de les contrôler complètement. Si on cherche à les chasser, elles ont tendance à s'imposer de nouveau.
3. La souffrance qui en résulte provient surtout de l'interprétation que l'on en fait et de l'importance qu'on leur donne.

4. On ne peut faire disparaître complètement les obsessions qui résultent d'un phénomène involontaire mais on peut agir sur leur interprétation et les stratégies de neutralisation qui en résultent qui sont des phénomènes dépendant du contrôle de la volonté.
5. Pour modifier l'interprétation, on utilise surtout la restructuration cognitive. Pour contrôler les stratégies de neutralisation de nature mentale ou cognitive, on utilise surtout l'exposition en imagination (scénarios) et pour contrôler les stratégies de neutralisation de nature comportementale on utilise surtout l'exposition graduée *in vivo* combinée à la prévention de la réponse. Soulignons ici que cette dernière technique est de loin celle dont l'efficacité est la mieux démontrée dans la psychothérapie du TOC.
6. Suite au traitement, les obsessions disparaissent rarement mais diminuent en nombre, en durée et en intensité.
7. La pharmacothérapie agit surtout sur les obsessions. La psychothérapie agit aussi sur les obsessions mais davantage sur les stratégies de neutralisation en particulier les rituels mentaux et comportementaux.

On peut aussi suggérer au patient de se procurer l'excellent volume d'Alain Sauteraud (2000) intitulé : «Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter». Il traite des différents aspects du TOC de façon élaborée mais facilement accessible et il peut constituer une aide précieuse en cours de traitement.

3^e étape : fixer des objectifs

Après s'être assuré d'une bonne intégration de ces informations, on s'entend avec le patient pour fixer des objectifs clairs, précis et limités et pour déterminer d'une marche à suivre pour les atteindre. Dans le but de mieux préciser les objectifs, on a intérêt à les exprimer sous forme de comportements, d'émotions, de situations ou d'attitudes à modifier. La démarche à suivre s'inspire des étapes habituelles du traitement cognitivo-comportemental du TOC mais celles-ci doivent être soigneusement adaptées pour chaque patient.

4^e étape : prescrire une médication si c'est indiqué

Voir Section II, p.12.

5^e étape : la restructuration cognitive

On parle peu dans la littérature de la restructuration cognitive dans le TOC et c'est un aspect du traitement qui est souvent négligé. Certains prennent pour acquis que les convictions de

l'obsessionnel sont si enracinées qu'il est inutile de vouloir les changer. Ceci est loin d'être toujours vrai. Bien des obsessionnels tirent un profit sans doute partiel mais quand même réel d'un travail au niveau cognitif. Et dans tous les cas, même les plus rébarbatifs, *il est important d'expliquer avec soin le modèle cognitivo-comportemental au patient* (première étape en psychothérapie cognitive) et de l'utiliser de façon au moins rudimentaire pour tenter de modifier ses croyances irrationnelles. Même si les résultats ne sont pas apparents dans l'immédiat, c'est un travail dont il tire généralement profit dans la suite du traitement.

On continue ensuite la démarche en regroupant les obsessions autour des principaux thèmes en cause puis on aborde chaque thème à tour de rôle en restructurant successivement aux trois niveaux d'intervention habituels :

1. *Premier niveau ou niveau des pensées conscientes.* La démarche à ce niveau a surtout pour but de permettre à l'obsessionnel de prendre conscience des biais cognitifs entre autres de la dramatisation et de l'acceptation de l'incertitude. «Est-il si dangereux d'être infecté dans cette situation précise? Est-ce vraiment utile de vérifier les portes vingt fois tous les soirs? Les risques sont-ils si grands d'être atteint d'un cancer suite à une première douleur abdominale?»
2. *Deuxième niveau ou niveau des attitudes dysfonctionnelles.* On tente ici d'identifier et de diminuer les attitudes dysfonctionnelles du patient comme les exigences rigides et les jugements globaux sur la valeur personnelle.
3. *Troisième niveau ou niveau des croyances sous-jacentes.* À ce niveau, on cherche entre autres à identifier les mécanismes comme la fusion entre la pensée et l'action ainsi que le sens exagéré des responsabilités et à modifier les croyances dysfonctionnelles qui en découlent : «Je suis mauvais... dangereux... je mets les autres en danger...etc..»

6^e étape : l'exposition en imagination

Les stratégies de neutralisation ont pour but de diminuer l'anxiété du patient face à ses obsessions. Les stratégies cognitives y arrivent en analysant l'obsession, en la bloquant, en la neutralisant au moyen d'un rituel mental, en la remplaçant par une autre pensée ou autrement. Ces stratégies soulagent l'obsessionnel dans l'immédiat mais il en découle plusieurs inconvénients. Elles l'empêchent entre autres de réaliser que l'anxiété ne s'accroît pas indéfiniment et qu'elle ne comporte pas de dangerosité. À l'inverse, les techniques d'exposition amènent l'obsessionnel à vivre pleinement les situations anxiogènes en imagination ou dans la réalité (in vivo) et à faire face aux conséquences pénibles qu'il leur attribue, plus

particulièrement à l'anxiété intense qui en résulte. Il réalise alors que même si son anxiété s'accroît dans l'immédiat, elle est sans danger et diminue rapidement en intensité et en durée suite à la répétition des séances d'exposition. Voir à ce sujet le document adapté d'Edna B. Foa intitulé : TOC : utilité du traitement (voir section VI, p.49).

Dans le TOC, on peut utiliser l'exposition en imagination comme étape préparatoire à une exposition in vivo. Par exemple, une personne obsédée par la saleté imagine devoir se servir obligatoirement d'une toilette répugnante. Par la suite, elle s'habitue graduellement dans la réalité à fréquenter des toilettes normales. Ou encore, on s'en sert comme outil de désensibilisation face à des situations ne pouvant être vécues dans la réalité. Par exemple, une personne obsédée par une peur exagérée d'être contaminée s'imagine entourée de malades infectés par des microbes dangereux ou un hypochondriaque s'imagine être atteint de la maladie qu'il redoute.

Les principales étapes de l'exposition en imagination sont les suivantes :

1. Expliquer au patient l'objectif, le mode d'action et les étapes de l'exposition en imagination. Vérifier sa compréhension.
2. Sélectionner les principaux thèmes à l'origine des obsessions et des compulsions.
3. Assister le patient pour préparer un scénario dramatisant d'une durée d'une minute environ portant sur une de ces situations. Le scénario est rédigé au présent. Il doit être dramatique mais crédible. Voir à ce sujet la fiche : Scénario pour l'exposition en imagination (section VI)
4. En utilisant l'imagerie mentale, demander au sujet de lire le scénario à voix haute, lentement et avec expression.
5. Enregistrer le scénario sur le support audio dont vous disposez et dont il dispose. Dans la mesure du possible, faire la première séance d'exposition prolongée sous la supervision du thérapeute.
6. Écouter le scénario à domicile tous les jours pendant une durée de 30 à 45 minutes. Ne pas débuter l'écoute à domicile tant que les étapes antérieures (rédaction, lecture et enregistrement du scénario) ne sont pas entièrement complétées.
7. Poursuivre l'écoute du scénario jusqu'à ce que le niveau d'anxiété soit sensiblement diminué.
8. Après chaque écoute, compléter la grille d'auto observation pour l'exposition en imagination (voir Section VI).

9. Continuer les expositions quotidiennes tant que l'anxiété n'est pas disparue ou considérablement atténuée.
10. Lorsque l'anxiété provoquée par la première situation est suffisamment maîtrisée, reprendre au besoin la même démarche avec les autres thèmes déjà identifiés qui sont à l'origine des obsessions et des compulsions.

7^e étape : l'exposition graduée in vivo avec prévention de la réponse

Lorsque le sujet est devenu familier avec le modèle cognitivo-comportemental du TOC, s'il a commencé à identifier et à modifier ses distorsions cognitives et s'il peut faire mentalement face à ses obsessions, il est alors prêt à affronter graduellement dans la réalité les situations qui les provoquent et qu'il évitait partiellement ou totalement jusqu'ici. Simultanément il élimine les stratégies de neutralisation qui en résultent. C'est cette étape qu'on appelle *l'exposition graduée in vivo avec prévention de la réponse*.

Le mot *réponse* sert généralement à désigner les compulsions ou les rituels comportementaux faisant suite aux obsessions et ayant pour but de neutraliser l'anxiété qui en découle. En fait, on peut élargir le sens de ce mot en l'appliquant à toutes les stratégies de neutralisation engendrées par les obsessions. Il importe donc tant au cours de l'exposition en imagination que de l'exposition graduée *in vivo* de bien identifier les différentes stratégies de neutralisation et de tenter de les éliminer à l'aide de divers moyens : contrôle de l'obsessionnel sur lui-même, contrôle du thérapeute, contrôle de l'entourage ou autres.

Cette étape de *l'exposition graduée in vivo avec prévention de la réponse* est de loin la plus importante dans l'aspect cognitivo-comportemental du traitement du TOC. Voici quelques aspects dont on a intérêt à tenir compte pour la rendre plus efficace :

1. Expliquer au patient l'objectif, le mode d'action et les étapes de l'exposition graduée in vivo. Insister sur le fait que les situations sont affrontées graduellement.
2. Établir une hiérarchie des situations à l'origine de la symptomatologie. Commencer par les situations les moins anxiogènes. Pour établir l'hiérarchie, on peut utiliser la fiche adaptée d'Edna B. Foa intitulée : Hiérarchie pour l'exposition graduée in vivo (section VI).
3. Débuter l'exposition en cours d'entrevue par la situation la moins anxiogène. Commencer par diminuer la fréquence et la complexité du rituel puis le cesser complètement. Empêcher l'évitement.

4. Recommander de faire une séance d'exposition à domicile tous les jours. La poursuivre jusqu'à ce que le niveau d'anxiété soit diminué d'au moins 50 %, ce qui prend généralement de 30 à 45 minutes.
5. Compléter la grille d'auto observation des situations problématiques avant, pendant et après chaque exposition (section VI).
6. Continuer les expositions quotidiennes tant que l'anxiété n'est pas disparue ou considérablement atténuée.
7. Lorsque la première situation est suffisamment maîtrisée, reprendre la même démarche avec les autres situations responsables des obsessions, des compulsions et des évitements, en allant toujours de la situation la plus facile à la plus difficile.

8^e étape : aspects complémentaires

D'autres aspects ont souvent intérêt à être abordés pendant ou après les sept premières étapes : bénéfices secondaires, estime de soi, affirmation de soi, traits de personnalité pathologiques comme la dépendance, problèmes conjugaux, familiaux ou autres. C'est également ici que l'on peut passer au traitement d'autres pathologies s'il y a présence de comorbidité sauf s'il s'agit d'une dépression majeure dont on doit s'occuper en priorité. C'est également ici que l'on peut entreprendre une psychothérapie plus introspective si on le juge bon.

9^e étape : terminaison

La façon de terminer ici est la même que pour n'importe quelle forme de psychothérapie cognitivo-comportementale : on effectue un bilan en fin de traitement, on prévoit des entrevues de consolidation (*booster sessions*) et on prend les mesures habituelles pour prévenir une rechute.

SECTION V DÉROULEMENT DU TRAITEMENT
--

1^{re} ET 2^e ENTREVUES (OU PLUS)**Évaluation, psychopédagogie, fixer des objectifs et pharmacothérapie**

1. Histoire de cas habituelle :
 - Éliminer l'organicité.
 - Poser le diagnostic.
 - Éliminer ou confirmer la comorbidité.
2. Compléter avec le patient les questionnaires suivants :
 - L'Inventaire de Beck pour la dépression.
 - Le questionnaire d'évaluation de la peur.
 - L'index des symptômes Y-BOCS.
 - L'Échelle Yale-Brown.
3. Rencontrer les membres de la famille ou de l'entourage si c'est indiqué.
4. Psychopédagogie :
 - Expliquer en quoi consiste le TOC.
 - Expliquer les différentes étapes du traitement.
 - Si approprié, recommander de se procurer et de lire le volume de Sauteraud (2000) : «Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter».
5. Prescrire une médication si c'est indiqué.
6. Fixer des objectifs.
7. Travaux à domicile :
 - Compléter les questionnaires d'évaluation après la première entrevue. Ceux-ci sont revus par le thérapeute au début de la deuxième entrevue.
 - Début de la lecture de : «Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter».

3^e à 7^e ENTREVUES (OU PLUS)

Restructuration cognitive

1. Suivi.
Suivi signifie ici de s'informer sur l'évolution de la situation en général et de la symptomatologie en particulier. Assurer le suivi pharmacologique si nécessaire. Compléter au besoin les formules d'assurance ou autres documents, ce qu'il est préférable de faire en début d'entrevue.
2. Le patient s'est-il procuré «Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter» En a-t-il commencé la lecture? A-t-il des questions?
3. Entreprendre et compléter la restructuration cognitive.
 - Expliquer en quoi consiste la restructuration cognitive.
 - Restructurer aux trois niveaux d'intervention.
 - Se limiter aux cognitions et aux croyances propres au Trouble obsessionnel-compulsif.
4. Travaux à domicile :
 - Continuer et terminer la lecture de «Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter».
 - Travail de restructuration cognitive au quotidien pendant environ une demi-heure.

7^e à 12^e ENTREVUES (OU PLUS)

Exposition en imagination

1. Suivi.
2. Entreprendre et compléter l'exposition en imagination :
 - Expliquer en quoi consiste l'exposition en imagination.
 - Identifier les principaux thèmes à l'origine des obsessions et des compulsions.
 - Rédiger et enregistrer un premier scénario.
 - L'écouter tous les jours à domicile pendant 30 à 45 minutes. Après chaque écoute, compléter la grille d'auto-observation.
 - Lorsque l'anxiété est suffisamment diminuée, reprendre avec une ou deux autres situations.
3. Travail à domicile :
 - Effectuer chaque jour les exercices d'exposition en imagination.

12^e à 18^e ENTREVUES (OU PLUS)

Exposition graduée in vivo et prévention de la réponse

1. Suivi.
2. Entreprendre et compléter l'exposition graduée in vivo :
 - Expliquer en quoi consiste l'exposition graduée in vivo.
 - Dresser la liste des endroits ou des situations dans lesquelles se manifestent le plus les obsessions et les compulsions.
 - Débuter l'exposition par un endroit ou une situation facile.
 - Séance quotidienne d'exposition d'une durée de 30 à 45 minutes. À chaque séance, compléter la grille d'auto-observation.
 - Lorsque l'anxiété est suffisamment diminuée, reprendre la même démarche avec les autres situations de la hiérarchie.
3. Travail à domicile :
 - Séance quotidienne d'exposition graduée in vivo.

19^e ET 20^e ENTREVUES

Aspects complémentaires

1. Suivi.
2. Terminer l'exposition graduée in vivo si ce n'est déjà fait.
3. Compléter à nouveau les questionnaires suivants :
 - Index des symptômes Y-BOCS.
 - Échelle Yale-Brown.
 - Registre des obsessions et des rituels.
4. À la lumière des résultats, modifier ou compléter le traitement au besoin.
5. Si nécessaire et si le patient est motivé, élargir le champ d'intervention :
 - Y a-t-il une autre pathologie secondaire qu'il serait important de traiter?
 - Y a-t-il d'autres aspects qu'il serait également important de traiter : résolution de problème, affirmation de soi, estime de soi, problème de couple, etc.?
6. Si l'étape précédente n'est pas indiquée, passer à la terminaison.
7. Aborder les craintes du patient face à la fin du traitement.
8. Travaux à domicile :
 - Si on s'achemine vers la terminaison, demander au patient de repasser les principales étapes du traitement ainsi que les moyens utilisés pour contrôler les obsessions et les compulsions. En tenant compte des objectifs de départ, lesquels de ces moyens se sont avérés les plus efficaces?

21^e ENTREVUE

Terminaison

1. Suivi.
2. Revenir sur les craintes en fin de traitement si nécessaire.
3. Revoir avec le patient les principales étapes du traitement et les moyens utilisés pour contrôler les obsessions et les compulsions. Comment les réutiliser dans le futur si les symptômes se manifestent à nouveau.
4. Préparer le suivi au long cours si indiqué («*booster sessions*»).
5. Suivi pharmacologique au long cours (médecin de famille).
6. Rechute :
 - Possibilité d'une rechute.
 - Symptômes laissant présager la rechute.
 - Utiliser les outils appris pendant le traitement en cas de rechute.
 - Quand et qui consulter si nécessaire.

SECTION VI**INSTRUMENTS DE MESURE ET OUTILS DE TRAITEMENT**

INDEX DES SYMPTÔMES Y-BOCS

Instructions : Générez une *Liste des symptômes-cibles* à partir de l'Index en questionnant le patient sur des obsessions et compulsions spécifiques. Cochez tout ce qui s'applique. Faites la distinction entre les symptômes courants et les symptômes passés. Indiquez « p » pour les principaux symptômes. Ces derniers serviront de base à la *Liste des symptômes-cibles*. Les items marqués d'un « * » peuvent être ou ne pas être des phénomènes TOC.

OBSESSIONS		
Courantes	Passées	
OBSESSIONS D'AGRESSIVITÉ		
		Peur de se faire du mal
		Peur de faire du mal aux autres
		Images de violence ou d'horreur
		Peur de préférer des obscénités ou des insultes
		Peur de faire quelque chose d'autre d'embarrassant*
		Peur d'agir sous une impulsion non voulue (par ex. poignarder un ami)
		Peur de voler
		Peur de faire du mal à quelqu'un à cause d'un manque d'attention (par ex. frapper quelqu'un avec son automobile et ne pas arrêter)
		Peur d'être responsable d'une chose terrible (par ex. un feu, un vol)
		Autre :
OBSESSIONS DE CONTAMINATION		
		Inquiétude ou dégoût pour les déchets ou les sécrétions corporelles (par ex : matières fécales, urine, salive)
		Inquiétude concernant la saleté ou les microbes
		Inquiétude excessive concernant les contaminants environnementaux (par ex : amiante, radiation, déchets toxiques)
		Inquiétude excessive concernant les articles ménagers (par ex : nettoyeurs, solvants)
		Inquiétude excessive concernant les animaux (par ex : insectes)
		Inquiétude causée par des substances ou des résidus collants
		Peur que des contaminants rendent malade
		Peur de rendre les autres malades par contamination (agressivité)
		Autre inquiétude des conséquences de la contamination
		Autre :
OBSESSIONS SEXUELLES		
		Pensées, images ou impulsions sexuelles défendues ou perverses
		Contenu impliquant des enfants ou l'inceste
		Contenu impliquant l'homosexualité*
		Comportement sexuel envers d'autres personnes (agressivité)*
		Autre :
OBSESSIONS D'ACCUMULATION/D'AMASSAGE (à distinguer des loisirs et de l'attachement aux objets ayant une valeur monétaire ou sentimentale)		
OBSESSIONS RELIGIEUSES (scrupulosité)		
		Inquiétude se rapportant au sacrilège et au blasphème
		Inquiétude excessive se rapportant à ce qui est bien ou mal, la moralité
		Autre :
OBSESSIONS DE LA SYMÉTRIE OU DE L'EXACTITUDE		
		Accompagnée de pensée magique (par ex : s'inquiète de ce qu'une autre personne aura un accident si tout n'est pas à sa place)
		Non accompagnée de pensée magique
OBSESSIONS SOMATIQUES		
		Inquiétude se rapportant à un mal ou une maladie*
		Inquiétude excessive se rapportant à une partie du corps ou son apparence (par ex : dysmorphophobie)*
		Autre :

Courantes	Passées	
OBSESSIONS DIVERSES		
		Besoin de connaître ou de se rappeler
		Peur de dire certaines choses
		Peur de ne pas dire exactement ce qu'il faut
		Peur de perdre certaines choses
		Images importunes (non violentes)
		Sons, mots ou musique importuns ou insensés
		Gêne due à certains sons ou bruits*
		Chiffres chanceux ou malchanceux
		Couleurs ayant une signification particulière
		Craintes superstitieuses
		Autre :
COMPULSIONS		
COMPULSIONS DE PROPRETÉ/LAVAGE		
		Lavage des mains excessif ou ritualisé
		Besoin excessif ou ritualisé de prendre des douches, bains, brossage des dents, toilette routinière
		Lavage répété d'articles ménagers ou autres objets inanimés
		Autres mesures pour prévenir ou éliminer le contact avec les contaminants
		Autre :
RITUELS RÉPÉTÉS		
		Besoin de relire ou de réécrire de nouveau
		Besoin de répéter des activités routinières (par ex : passer et repasser dans une porte, se lever et se rasseoir sur une chaise)
		Autre :
COMPULSIONS DE COMPTAGE		
COMPULSIONS D'ORDRE, D'ARRANGEMENT MÉTICULEUX		
COMPULSIONS D'ACCUMULATION/D'AMASSAGE (à distinguer des soins et de la collection d'objets ayant une valeur monétaire ou sentimentale) par ex : lecture attentive de toute la publicité postale, accumulation de vieux journaux, fouille de rebuts, collection d'objets inutiles, etc.		
COMPULSIONS DIVERSES		
		Rituels mentaux (autres que vérification/ comptage)
		Besoin excessif de rédiger des listes
		Besoin de dire, de demander ou de confesser
		Besoin de toucher, taper ou frotter*
		Rituels de clignotements des yeux ou de fixation*
		Comportement ritualisé dans la manière de manger
		Mesures (non-vérification) pour prévenir : un mal à soi-même ____, du mal aux autres ____ des conséquences terribles ____
		Comportements superstitieux
		Trichotillomanie*
		Autres comportements auto-blessants ou auto-mutilants*
		Autre :

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

*Cette adaptation de l'échelle Y-BOCS a été abrégée à partir de la version originale avec l'autorisation de Wayne Goodman.

Pour plus d'information sur l'échelle Y-BOCS, adressez-vous au Dr Wayne Goodman, University of Florida, College of Medicine, Gainesville, Floride 32610. La version originale (anglaise) a été publiée par : Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA *et al.* The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale I : Development, use, and reliability, *Arch Gen Psychiatry*, 1989; 46 : 1006-11

Les 5 questions 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 comportements 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.

QUESTIONNAIRE SUGGÉRÉ DANS LE DSM-5 POUR ÉVALUER LA GRAVITÉ D'UN TOC

Below is an alternative scale that has been developed and is being tested.

Obsessive-Compulsive Disorder

Based on your evaluation, you have symptoms of obsessive-compulsive disorder. We would like to better understand how much of a problem these symptoms are. Please answer the following five questions for the following symptoms over the past 7 days:

1) **Obsessions** (unwanted thoughts, urges, or images that repeatedly enter your mind (for example, concerns with contamination, with terrible things happening, with keeping objects in perfect order or arranged exactly, or personally unacceptable religious or sexual thoughts)

AND

2) **Compulsions** (feeling driven to perform certain behaviors or mental acts over and over again (for example, excessive or ritualized washing or cleaning; repeatedly checking or asking for reassurance; counting, arranging, or making things even or right)

On average how much <i>time</i> is occupied by these symptoms?	0 None	1 Mild (less than an hour a day)	2 Moderate (1 to 3 hours a day)	3 Severe (3 to 8 hours a day)	4 Extreme (more than 8 hours a day)
How much <i>distress</i> do these symptoms cause you?	0 None	1 Mild	2 Moderate	3 Severe	4 Extreme (disabling)
How hard is it for you to <i>control</i> these symptoms?	0 Complete control	1 Much control	2 Moderate control	3 Little control	4 No control
How much do these symptoms cause you to <i>avoid</i> doing anything, going anyplace, or being with anyone?	0 No avoidance	1 Occasional avoidance	2 Moderate avoidance	3 Frequent and extensive avoidance	4 Extreme avoidance (housebound)
How much do these symptoms <i>interfere</i> with school, work or your social or family life?	0 None	1 Slight Interference	2 Moderate; definitely interferes with functioning	3 Much interference	4 Extreme interference (disabling)

REGISTRE DES OBSESSIONS, DES RITUELS (COMPULSIONS) ET DES ÉVITEMENTS

	OBSESSIONS (0-100%)	RITUELS MENTAUX (0-100%)	RITUELS COMPORTEMENTAUX (0-100%)	ÉVITEMENT (0-100%)
Dimanche				
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				

N'écrire que le chiffre correspondant dans chaque carreau :

100 à 81 = extrême

60 à 41 = moyen

21 à 1 = très léger

80 à 61 = marqué

40 à 21 = léger

0 = absence

TOC : ANALYSE FONCTIONNELLE ET FORMULATION DU PLAN DE TRAITEMENT

Une fois l'auto observation débutée, décrire les éléments suivants.

1. Déclencheurs externes

-
-
-
-
-
-
-

2. Déclencheurs internes

-
-
-
-
-
-
-

3. Pensées obsédantes

-
-
-
-
-
-
-

a. Conséquences anticipées à court terme

-
-
-
-
-
-
-

b. Conséquences anticipées à long terme

-
-
-
-
-
-

4. Émotions (anxiété, culpabilité, honte, dégoût...)

-
-
-
-
-
-
-

Conséquences anticipées de ces émotions

-
-
-
-
-
-
-

5. Réactions physiologiques

-
-
-
-
-
-
-

Conséquences anticipées de ces réactions physiologiques

-
-
-
-
-
-
-

6. Compulsions

-
-
-
-
-
-
-

7. Rituels mentaux

-
-
-
-
-
-
-

8. Évitements

-
-
-
-
-
-
-

XXX

Goulet J. (07/2012): adapté d'Edna B. Foa (2012)

INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION (IBD)

Nom : _____

Date : _____

Résultat : _____

Ceci est un questionnaire contenant plusieurs groupes de phrases. Pour chacun des groupes :

1. Lisez attentivement toutes les phrases.
2. Placez un «X» dans la parenthèse à côté de la phrase qui décrit le mieux comment vous vous sentez depuis une semaine et dans le moment présent.
3. Si plusieurs phrases vous conviennent, placez un «X» à chacune.

- | | | | | | |
|-----|-------|--|-----|-------|--|
| 1. | 0 () | Je ne me sens pas triste. | 11. | 0 () | Je ne suis pas plus irrité(e) maintenant que je le suis d'habitude. |
| | 1 () | Je me sens morose ou triste. | | 1 () | Je deviens contrarié(e) ou irrité(e) plus facilement maintenant qu'en temps ordinaire |
| | 2 () | Je suis morose ou triste tout le temps et je ne peux pas me remettre daplomb. | | 2 () | Je me sens irrité(e) tout le temps. |
| | 2 () | Je suis tellement triste ou malheureux(se) que cela me fait mal. | | 3 () | Je ne suis plus irrité(e) du tout par les choses qui m'irritent habituellement. |
| | 3 () | Je suis tellement triste ou malheureux(se) que je ne peux plus le supporter. | | | |
| 2. | 0 () | Je ne suis pas particulièrement pessimiste ou découragé(e) à propos du futur. | 12. | 0 () | Je n'ai pas perdu intérêt aux autres. |
| | 1 () | Je me sens découragé(e) à propos du futur. | | 1 () | Je suis moins intéressé(e) aux autres maintenant qu'auparavant. |
| | 2 () | Je sens que je n'ai rien à attendre du futur. | | 2 () | J'ai perdu la plupart de mon intérêt pour les autres et j'ai peu de sentiment pour eux. |
| | 2 () | Je sens que je n'arriverai jamais à surmonter mes difficultés. | | 3 () | J'ai perdu tout mon intérêt pour les autres et je ne me soucie pas d'eux du tout. |
| | 3 () | Je sens que le futur est sans espoir et que les choses ne peuvent pas s'améliorer | | | |
| 3. | 0 () | Je ne sens pas que je suis un échec. | 13. | 0 () | Je prends des décisions aussi bien que d'habitude. |
| | 1 () | Je sens que j'ai échoué plus que la moyenne des gens. | | 1 () | J'essaie de remettre à plus tard mes décisions. |
| | 2 () | Je sens que j'ai accompli très peu de choses qui aient de la valeur ou une signification quelconque. | | 2 () | J'ai beaucoup de difficultés à prendre des décisions. |
| | 2 () | Quand je pense à ma vie passée, je ne peux voir rien d'autre qu'un grand nombre d'échecs. | | 3 () | Je ne suis pas capable de prendre des décisions du tout. |
| | 3 () | Je sens que je suis un échec complet en tant que personne (parent, mari, femme). | 14. | 0 () | Je n'ai pas l'impression de paraître pire qu'auparavant. |
| 4. | 0 () | Je ne suis pas particulièrement mécontent(e). | | 1 () | Je m'inquiète de paraître vieux(vieille) et sans attrait. |
| | 1 () | Je me sens «l'anné(e)» la plupart du temps. | | 2 () | Je sens qu'il y a des changements permanents dans mon apparence et que ces changements me font paraître sans attrait. |
| | 2 () | Je ne prends pas plaisir aux choses comme auparavant. | | 3 () | Je me sens laid(e) et répugnant(e). |
| | 2 () | Je n'obtiens plus de satisfaction de quoi que ce soit. | | | |
| | 3 () | Je suis mécontent(e) de tout. | 15. | 0 () | Je peux travailler pratiquement aussi bien qu'avant. |
| 5. | 0 () | Je ne me sens pas particulièrement coupable. | | 1 () | J'ai besoin de faire des efforts supplémentaires pour commencer à faire quelque chose. |
| | 1 () | Je me sens souvent mauvais(e) ou indigne. | | 1 () | Je ne travaille pas aussi bien qu'avant. |
| | 1 () | Je me sens plutôt coupable. | | 2 () | J'ai besoin de me pousser fort pour faire quoi que ce soit. |
| | 2 () | Je me sens mauvais(e) et indigne presque tout le temps. | | 3 () | Je ne peux faire aucun travail. |
| | 3 () | Je sens que je suis très mauvais(e) ou très indigne. | 16. | 0 () | Je peux dormir aussi bien que d'habitude. |
| 6. | 0 () | Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). | | 1 () | Je me réveille plus fatigué(e) que d'habitude. |
| | 1 () | J'ai l'impression que quelque chose de malheureux peut m'arriver. | | 2 () | Je me réveille 1-2 heures plus tôt que d'habitude et j'ai de la difficulté à me rendormir. |
| | 2 () | Je sens que je suis ou serai puni(e). | | 3 () | Je me réveille tôt chaque jour et je ne peux dormir plus de cinq heures. |
| | 3 () | Je sens que je mérite d'être puni(e) | 17. | 0 () | Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. |
| | 3 () | Je veux être puni(e). | | 1 () | Je me fatigue plus facilement qu'avant. |
| 7. | 0 () | Je ne me sens pas déçu(e) de moi-même. | | 2 () | Je me fatigue à faire quoi que ce soit. |
| | 1 () | Je suis déçu(e) de moi-même. | | 3 () | Je suis trop fatigué(e) pour faire quoi que ce soit. |
| | 1 () | Je ne m'aime pas. | 18. | 0 () | Mon appétit est aussi bon que d'habitude. |
| | 2 () | Je suis dégoûté(e) de moi-même. | | 1 () | Mon appétit n'est plus aussi bon que d'habitude. |
| | 3 () | Je me hais. | | 2 () | Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant. |
| | | | | 3 () | Je n'ai plus d'appétit du tout. |
| 8. | 0 () | Je ne sens pas que je suis pire que les autres. | 19. | 0 () | Je n'ai pas perdu beaucoup de poids (si j'en ai vraiment perdu dernièrement). |
| | 1 () | Je me critique pour mes faiblesses et mes erreurs. | | 1 () | J'ai perdu plus de 5 livres. |
| | 2 () | Je me blâme pour mes fautes. | | 2 () | J'ai perdu plus de 10 livres. |
| | 3 () | Je me blâme pour tout ce qui m'arrive de mal. | | 3 () | J'ai perdu plus de 15 livres. |
| 9. | 0 () | Je n'ai aucune idée de me faire du mal. | 20. | 0 () | Je ne suis pas plus préoccupé(e) de ma santé que d'habitude. |
| | 1 () | J'ai des idées de me faire du mal mais je ne les mettrais pas à exécution. | | 1 () | Je suis préoccupé(e) par des maux ou des douleurs, ou des problèmes de digestion ou de constipation. |
| | 2 () | Je sens que je serais mieux mort(e). | | 2 () | Je suis tellement préoccupé(e) par ce que je ressens ou comment je me sens qu'il est difficile pour moi de penser à autre chose. |
| | 2 () | Je sens que ma famille serait mieux si j'étais mort(e). | | 3 () | Je pense seulement à ce que je ressens ou comment je me sens. |
| | 3 () | J'ai des plans définis pour un acte suicidaire. | | | |
| | 3 () | Je me tuerais si je le pouvais. | 21. | 0 () | Je n'ai noté aucun changement récent dans mon intérêt pour le sexe. |
| 10. | 0 () | Je ne pleure pas plus que d'habitude. | | 1 () | Je suis moins intéressé(e) par le sexe qu'auparavant. |
| | 1 () | Je pleure plus maintenant qu'auparavant. | | 2 () | Je suis beaucoup moins intéressé(e) par le sexe maintenant. |
| | 2 () | Je pleure tout le temps maintenant. Je ne peux plus m'arrêter. | | 3 () | J'ai complètement perdu mon intérêt pour le sexe. |
| | 3 () | Auparavant, j'étais capable de pleurer mais maintenant je ne peux pas pleurer du tout, même si je le veux. | | | |

COMMENT INTERPRÉTER LES RÉSULTATS DE L'INVENTAIRE DE BECK POUR LA DÉPRESSION

0 à 9 :	normal
10 à 19 :	dépression légère
20 à 25 :	dépression modérée
26 à 29 :	dépression modérée à sévère
30 à 40 :	dépression sévère
41 ou plus :	dépression très sévère

L'Inventaire de Beck pour la dépression doit être utilisé 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.

QUESTIONNAIRE D'ÉVALUATION DE LA PEUR (QEP)

NOM : _____ DATE : _____

A) Veuillez inscrire à quel point vous éviteriez chacune des situations suivantes par peur ou à cause d'autres sentiments désagréables. Utilisez l'échelle suivante :

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Je n'évitais pas

J'évitais rarement

J'évitais assez souvent

J'évitais très souvent

J'évitais toujours

_____ 1. La principale phobie pour laquelle je veux être traité(e). Décrivez cette phobie dans vos propres mots et évaluez.

_____ 2. Les injections ou les interventions chirurgicales mineures.

_____ 3. Manger ou boire avec d'autres personnes.

_____ 4. Les hôpitaux.

_____ 5. Voyager seul(e) en autobus.

_____ 6. Marcher seul(e) dans des rues achalandées.

_____ 7. Être observé(e) ou dévisagé(e).

_____ 8. Aller dans des magasins achalandés.

_____ 9. Parler à des personnes qui représentent l'autorité.

_____ 10. La vue du sang.

_____ 11. Être critiqué(e).

_____ 12. Aller loin de la maison seul(e).

_____ 13. Penser à la maladie ou à un accident.

_____ 14. Parler en public.

- _____ 15. Les espaces ouverts.
- _____ 16. Aller chez le dentiste.
- _____ 17. Autres situations (décrivez-les et évaluez-les)
-
-

B) Indiquez à quel point les problèmes ci-dessous vous troublent ou vous dérangent. Utilisez l'échelle suivante :

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Pas du tout troublant Un peu troublant Passablement troublant Très troublant Extrêmement troublant

- _____ 18. Se sentir misérable ou déprimé(e).
- _____ 19. Se sentir irritable ou agressif (ve).
- _____ 20. Se sentir tendu(e) ou paniqué(e).
- _____ 21. Avoir des pensées déplaisantes.
- _____ 22. Se sentir étrange, bizarre ou sentir que les autres sont étranges.
- _____ 23. Autres sentiments (décrivez-les et évaluez-les).
-
-

C) Comment évaluez-vous l'état actuel de vos symptômes phobiques? Encerclez le chiffre Entre 0 et 8 correspondant à votre évaluation.

0 1 2 3 4 5 6 7 8

Aucune phobie présente Un peu dérangent Passablement dérangent et handicapant Très dérangent et handicapant Extrêmement dérangent et handicapant

Références :

Marks IM, Mathews, A.M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour research and therapy*, 17 : 263-267.

Adaptation française :

Marchand, A., Lalonde, J., (1982). Module de thérapie comportementale, Hôpital Louis-H. Lafontaine. Version modifiée par D. Gareau, sept. 1992.

TOC : UTILITÉ DU TRAITEMENT

EXPOSITION IN VIVO AVEC PRÉVENTION DE LA RÉPONSE (EIVPR)

Décrire l'EIVPR puis souligner les aspects suivants qu'elle nous apprend :

- Avec l'exposition prolongée (sans évitement, échappement ni neutralisation dont les rituels et les compulsions) l'anxiété finit par diminuer d'elle-même. C'est l'habituation qui est l'ingrédient actif du traitement.
- L'envie de faire les rituels qui en découle diminue aussi.
- Les conséquences anticipées à court terme ne surviennent pas.
- L'expérience de cette détresse ne nous rend pas fous.
- Lorsque les conséquences à plus long terme créent de l'incertitude, on apprend à la mieux tolérer. Dans cette alternative, il est préférable d'utiliser l'exposition en imagination dont les avantages sont décrits ci-dessous.

EXPOSITION EN IMAGINATION (EI)

Décrire l'EI puis souligner les aspects suivants qu'elle nous apprend :

- Avec l'exposition prolongée, les pensées et les images mentales provoquent moins d'anxiété (habituation).
- L'envie de faire les rituels qui en découle diminue aussi.
- On peut penser au danger très intensément et très longtemps sans qu'il ne survienne.
- On peut imaginer se comporter d'une horrible façon sans agir de la sorte ni sans que cela ne change nos valeurs ou nous donne envie de nous comporter ainsi.
- L'expérience de cette détresse ne nous rend pas fous.
- En faisant moins d'effort pour ne pas y penser, on y pense moins.
- La pensée du danger n'est pas le danger.

Goulet J. (07/2012): adapté d'Edna B. Foa (2012)

**GRILLE D'AUTO-OBSERVATION
POUR L'EXPOSITION EN IMAGINATION**

Nom : _____

Jour : _____	Jour : _____	Jour : _____	Jour : _____	Jour : _____	Jour : _____
Scénario : _____	Scénario : _____	Scénario : _____	Scénario : _____	Scénario : _____	Scénario : _____
Essai NAS* (0-10)	Essai NAS* (0-10)	Essai NAS* (0-10)	Essai NAS* (0-10)	Essai NAS* (0-10)	Essai NAS* (0-10)
5	5	5	5	5	5
10	10	10	10	10	10
15	15	15	15	15	15
20	20	20	20	20	20
25	25	25	25	25	25
30	30	30	30	30	30
35	35	35	35	35	35
40	40	40	40	40	40
45	45	45	45	45	45
50	50	50	50	50	50
55	55	55	55	55	55
60	60	60	60	60	60
Commentaires	Commentaires	Commentaires	Commentaires	Commentaires	Commentaires

* NAS : niveau d'anxiété subjective

TABLEAU D'ENREGISTREMENT DES PENSÉES DYSFUNCTIONNELLES

SITUATION OU ÉVÉNEMENT	ÉMOTIONS	PENSÉES AUTOMATIQUES	PENSÉES ADAPTÉES	RÉSULTAT	ACTION
<p align="center">Décrire brièvement la situation ou l'événement</p>	<p align="center">Spécifier l'émotion et évaluer son intensité (0-100%)</p>	<p align="center">Écrire vos pensées au moment ou est survenue l'émotion</p>	<p align="center">Écrire les pensées adaptées</p>	<p align="center">Réévaluer l'intensité de votre émotion (0-100%)</p>	<p align="center">Écrire la conduite (ou les comportements) découlant des pensées adaptées</p>

GRILLE D'AUTO-OBSERVATION DE L'EXPOSITION AUX SITUATIONS PROBLÉMATIQUES (TOC)

Nom : _____

Date : _____

Date	Décrire la situation problématique	Avez-vous : 1. Fait face à la situation 2. Évité la situation	Combien de temps avez-vous fait face à la situation?	Avez-vous diminué ou éliminé vos compulsions (rituels)?	Niveau d'anxiété (0-10) a) avant b) pendant c) après	À quoi pensiez-vous : a) avant b) pendant c) après la situation?
					a) _____ b) _____ c) _____	a= b=- c=
					a) _____ b) _____ c) _____	a= b=- c=
					a) _____ b) _____ c) _____	a= b=- c=
					a) _____ b) _____ c) _____	a= b=- c=
					a) _____ b) _____ c) _____	a= b=- c=

Adapté de *La peur d'avoir peur*», d'André Marchand et Andrée Letarte. Éditions Alain Stanké, 1993.

SECTION VII
BIBLIOGRAPHIE

1. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2013). *Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition, (DSM-5)*. Washington.
2. BRILLON, P. (2001). *Instruments d'évaluation des troubles anxieux : caractéristiques et usages*. Les Presses de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, Montréal.
3. FOA, E.B., YADIN, E., LICHNER, T.C. (2012). *Exposure and Response (Ritual) Prévention for Obsessive-Compulsive Disorder. (Therapist Guide)*. Oxford University Press, New-York.
4. FREESTON, M.H., LADOUCEUR, R., GAGNON, F., THIBODEAU, N., RHÉAUME, J., LÉGER, E., LETARTE, H., BUJOLD, A. (1997). *The cognitive behavioral treatment of obsessions : A treatment Manual*. École de Psychologie. Université Laval, Québec, Canada.
5. JENIKE, M.A., MINICHIELLO, W.E. (1998). *Obsessive-Compulsive Disorders, Practical Management*. Mosby Inc., St. Louis, U.S.A..
6. LEAHY, R.L., HOLLAND, J.S., Mc GINN, L.K. (2012). *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders*, New York: The Guilford Press.
7. MAVASSIKALIAN, M.R., PRIEN, R.F. (1995). *Long-Term Treatment of Anxiety Disorders*. American Psychiatric Press, Washington.
8. LA REVUE CANADIENNE DE PSYCHIATRIE, 51(8) SUPPLÉMENT 2, (Juillet 2006). *Guide de pratique clinique : Traitement des troubles anxieux (CANMAT)*.
9. SAUTERAUD, A. (2000). *Je ne peux pas m'arrêter de laver, vérifier, compter*. Éditions Odile Jacob, Paris.
10. SWINSON, R.P., MARTIN, M.A., RACHMAN, S., RICHTER, M.A. (1998). *Obsessive-Compulsive Disorder, Theory, Research, and Treatment*. The Guilford Press, New York.
11. Yadin, E., Foa, E.B., Lichner, T.C. (2012). *Treating your OCD with Exposure and Response (Ritual) Prévention, (Workbook)*. Oxford University Press, New-York.