

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

ÉTUDE DES PROCESSUS COGNITIFS LIÉS AU SOI IMPLIQUÉS DANS LE
TROUBLE OBSESSIONNEL-COMPULSIF CHEZ L'ADOLESCENT

ESSAI DOCTORAL

PRÉSENTÉ

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR

CATHERINE DALPÉ

DÉCEMBRE 2021

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.04-2020). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

L'aboutissement de ce doctorat et le dépôt de cet essai n'aurait pas pu être possible sans l'appui et l'aide de nombreuses personnes chères à mes yeux. Ce travail marque la fin de six années au doctorat et plus de vingt-quatre ans à apprendre et étudier. Ce fut une occasion de mettre en pratique la patience et le lâcher prise.

Je tiens d'abord à remercier ma directrice, Julie B. Leclerc de m'avoir accueillie dans son laboratoire et de m'avoir guidée à travers ce long parcours. Je suis très reconnaissante pour ton écoute, ton soutien, ton ouverture et ta confiance.

Je souhaite remercier mes collègues du Laboratoire d'études des troubles de la psychopathologie en enfance (LETOPE) d'avoir partagé vos réflexions, votre expérience et vos conseils avec moi. Un merci tout particulier à Annie, Carole-Ann, Mathieu, Juliette et Marc-André. Je suis très reconnaissante d'avoir eu la chance de travailler et collaborer étroitement avec des personnes aussi dévouées, intègres et passionnées que vous. Je remercie aussi ma sœur de doctorat, Caroline Faust, d'avoir accepté d'effectuer tous les travaux d'équipe en ma compagnie, de m'avoir appuyée et motivée à aller jusqu'au bout de cette aventure. Je remercie aussi ma précieuse amie, Cassandre Julien, de m'avoir écoutée, rassurée et accompagnée dans toutes les épreuves qui ont teinté ce doctorat. La dernière année a été particulièrement difficile et tu as été présente et à l'écoute chaque fois que j'en avais besoin. Tu feras sans aucun doute une psychologue extraordinaire.

Je souligne l'apport inestimable de mon mari, présent depuis plus de 10 ans. Merci pour ton immense soutien, ta patience et ton intérêt pour mes projets et, surtout, merci de partager les bons et les moins bons moments à mes côtés. Un remerciement spécial

à mes parents, sans qui cette réalisation n'aurait probablement pas été possible. Merci de m'avoir épaulée et de m'encourager depuis toujours à me dépasser.

Je remercie aussi mes amis, ma famille et mes collègues pour leur soutien moral et leur présence pendant toutes ces années d'étude.

Enfin, je tiens à remercier les participants de cette étude pour leur temps et leur générosité.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	vii
LISTE DES TABLEAUX.....	viii
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	ix
RÉSUMÉ	x
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I CONTEXTE GÉNÉRAL	3
1.1 Définition et caractéristiques du trouble obsessionnel-compulsif.....	3
1.1.1 Conséquences sur le fonctionnement de l'enfant et de l'adolescent.....	6
1.2 Modèles conceptuels du TOC.....	7
1.2.1 Modèle conceptuel comportemental du TOC	7
1.2.2 Modèle conceptuel cognitif du TOC.....	8
1.2.3 Approche basée sur les inférences	11
1.3 Les guides du soi	14
1.3.1 Les guides du soi chez les adolescents.....	15
1.4 Le soi dans le trouble obsessionnel-compulsif	17
1.4.1 Domaines sensibles du soi	18
1.4.2 Soi ambivalent.....	18
1.4.3 Soi craint	20
1.5 Question de recherche.....	21
1.6 Objectifs de l'essai doctoral.....	22
CHAPITRE II MÉTHODE.....	24
2.1 Participants	24
2.2 Procédure	24

2.3	Mesures.....	25
2.3.1	Données sociodémographiques.....	25
2.3.2	Symptômes obsessionnels-compulsifs.....	25
2.3.3	Symptômes dépressifs et anxieux.....	26
2.3.4	Guides du soi.....	26
2.3.5	Soi craint.....	27
2.4	Analyse des données.....	27
CHAPITRE III RÉSULTATS.....		29
3.1	Données descriptives.....	29
3.2	Analyses principales.....	31
3.3	Analyses secondaires.....	32
3.4	Analyses tertiaires.....	34
CHAPITRE IV DISCUSSION.....		36
CONCLUSION.....		46
APPENDICE A QUESTIONNAIRE SOCIODÉMOGRAPHIQUE.....		48
APPENDICE B CHILDREN’S YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE.....		52
APPENDICE C LES INVENTAIRES BECK YOUTH-DEUXIÈME ÉDITION : ÉCHELLES D’ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION.....		70
APPENDICE D TEST DES GUIDES DU SOI.....		74
APPENDICE E QUESTIONNAIRE SUR LE SOI CRAINT-ADOLESCENT.....		81
APPENDICE F AFFICHE DE RECRUTEMENT GROUPE CLINIQUE.....		86
APPENDICE G AFFICHE DE RECRUTEMENT GROUPE CONTRÔLE.....		88
APPENDICE H FORMULAIRE DE CONSENTEMENT GROUPE CLINIQUE ..		90

APPENDICE I FORMULAIRE DE CONSENTEMENT GROUPE CONTRÔLE.. 98

APPENDICE J CERTIFICAT ÉTHIQUE DU COMITÉ INSTITUTIONNEL
D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS DE
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL 106

APPENDICE K CERTIFICAT D'ÉTHIQUE MULTICENTRIQUE DU CENTRE
INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU
NORD DE L'ÎLE-DE-MONTRÉAL..... 108

RÉFÉRENCES..... 113

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 La séquence obsessionnelle selon l'ABI	12
1.2 Le cycle de la confusion inférentielle	13

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
3.1 Données descriptives	30
3.2 Comparaison des variables entre les deux groupes	33
3.3 Attributs décrivant le soi craint selon les deux groupes de participants	35

LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES

ABI Approche basée sur les inférences

APA American Psychiatric Association

BYI-II Les Inventaires Beck Youth – Deuxième édition

CY-BOCS Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

EPR Exposition avec prévention de la réponse

FSQ-adolescent Questionnaire sur le soi craint -Version pour adolescents

FSQ-MV Questionnaire sur le soi craint -Version multidimensionnelle

TA Trouble anxieux

TBI Thérapie basée sur les inférences

TCC Thérapie cognitive-comportementale

TOC Trouble obsessionnel-compulsif

TSPT Trouble de stress posttraumatique

RÉSUMÉ

Selon l'approche basée sur les inférences, les personnes qui ont un TOC accordent davantage d'importance à leur soi craint, c'est-à-dire à une représentation d'elles-mêmes qu'elles craignent d'être ou de devenir (O'Connor et Aardema, 2005). La présence et la nature du soi craint, en lien avec les symptômes obsessionnels-compulsifs, ont été documentées chez les adultes, mais n'ont jamais été explorées chez les adolescents. Or, dès l'adolescence, les individus prennent conscience de ce qu'ils souhaitent être (soi idéal), se sentent obligés d'être (soi obligé) ou craignent d'être (soi craint), ce que l'on nomme les guides du soi, ainsi que des écarts qui existent entre ceux-ci et leur vision actuelle d'eux-mêmes (soi actuel). Des écarts entre les différents guides du soi entraînent des conséquences émotionnelles et motivationnelles, ainsi, il apparaît important de dresser un portrait du soi chez les adolescents. Le premier objectif de cet essai doctoral est d'examiner le lien entre le soi craint et la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs chez une population adolescente. Le deuxième objectif est de vérifier le lien entre les écarts soi actuel/soi idéal et soi actuel/soi obligé et les symptômes dépressifs et anxieux. Le troisième objectif est de comparer le niveau de soi craint et l'écart soi actuel/soi craint auprès d'adolescents ayant ou non un TOC. Pour répondre à ces objectifs, sept jeunes qui présentent un TOC et 16 participants sans TOC ($n = 23$) âgés de 12 à 16 ans ($M = 14,13$; $ÉT = 1,29$) ont été rencontrés lors d'une rencontre d'évaluation. Les résultats obtenus ne permettent pas d'appuyer la possible association entre le soi craint et les symptômes obsessionnels-compulsifs, tel que montré dans la littérature scientifique chez l'adulte. L'écart soi actuel/soi idéal n'était pas associé aux symptômes dépressifs alors que l'écart soi actuel/soi obligé était négativement associé aux symptômes anxieux, dépressifs et obsessionnels-compulsifs. Finalement, les deux groupes de participants ne différaient pas l'un de l'autre quant à la présence du soi craint et l'écart soi actuel/soi craint. Bien que les résultats de cette étude ne concordent pas avec ceux de la littérature scientifique, plusieurs explications sont proposées. Il est possible que la nature du soi craint diffère chez les adolescents et que les questionnaires validés auprès d'adultes ne ciblent pas cette spécificité. Les adolescents présentant un TOC ont rapporté un plus petit écart soi actuel/obligé que les participants contrôle, ce qui peut indiquer qu'ils ont plus tendance à se conformer aux attentes perçues. De plus, les capacités de raisonnement cognitif et le stade identitaire pourraient influencer l'aptitude des jeunes à identifier et décrire leurs guides du soi. Finalement, les résultats de cet essai doctoral ont permis d'identifier un lien entre le fait d'avoir vécu un événement stressant et l'intensité des symptômes obsessionnels-compulsifs. Des pistes de recherches futures ciblant l'identité et les symptômes

traumatiques dans le TOC sont suggérées. Des recommandations cliniques sont émises concernant l'importance d'aborder le soi craint et la confusion à propos de la perception de soi dans le traitement du TOC chez les adolescents.

Mots clés : Trouble obsessionnel-compulsif, Adolescence, Approche basée sur les inférences, Soi craint, Guides du soi

INTRODUCTION

Dès l'adolescence, les individus se perçoivent et se comparent à partir de différents guides du soi (soi actuel, soi idéal, soi obligé, soi craint) (Higgins, 1987 ; Carver Lawrence et Scheier, 1999). Des écarts entre ces guides du soi peuvent prédire différentes émotions comme la culpabilité, la honte et les inquiétudes (Higgins, 1987). Les craintes quant à la perception de soi peuvent se retrouver chez tous les individus, mais elles sont particulièrement caractéristiques du trouble obsessionnel-compulsif (TOC) et contribuent au maintien de ce trouble de santé mentale (Aardema et al., 2018 ; Purdon et Clark, 1999 ; Rachman, 1997 ; Rowa et Purdon, 2003). Selon l'approche basée sur les inférences (ABI), les personnes qui ont un TOC accordent une grande importance à leur soi craint, c'est-à-dire à une représentation d'elles-mêmes qu'elles ne veulent pas devenir (O'Connor et Aardema, 2005). Chez les adultes, le soi craint a été mis de l'avant comme un facteur impliqué dans le développement et/ou le maintien d'obsessions égo-dystones et il est associé à la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs (Aardema et al., 2013 ; Melli, Aardema et Moulding, 2016). Aucune étude ne s'est intéressée spécifiquement à la population adolescente. Pourtant, l'adolescence est une période développementale lors de laquelle la nature des représentations de soi changent. D'une part, en se basant davantage sur des descriptions abstraites des aspects psychologiques de l'individu et, d'autre part, en incluant dorénavant des possibilités futures (Harter, 1990). À l'adolescence, les guides du soi, de même que les écarts qui existent entre ceux-ci et la réalité, deviennent plus saillants (Higgins, 1989). L'apparition de symptômes obsessionnels-compulsifs à cet âge peut entraîner leur cristallisation et aura un impact sur la perception qu'une personne a d'elle-même. Est-

il vrai de penser que les adolescents qui ont un TOC accordent une plus grande crédibilité à leur soi craint que les adolescents qui n'ont pas de TOC ?

Comme les guides du soi se développent à l'adolescence, il est pertinent d'évaluer leur présence ainsi que les conséquences émotionnelles que les écarts entre eux peuvent entraîner. Cet essai doctoral vise à examiner la relation entre la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs et le soi craint ainsi qu'entre les écarts entre les guides du soi (soi idéal, soi obligé et soi craint) et les symptômes obsessionnels-compulsifs, anxieux et dépressifs chez des adolescents. Il vise également à comparer la présence et l'intensité du soi craint d'adolescents ayant un TOC à ceux d'un groupe contrôle composé d'adolescents qui ne présentent pas de TOC.

Cet essai doctoral est constitué de quatre chapitres. Dans un premier temps, le contexte théorique ainsi que les objectifs et hypothèses de recherche seront présentés. Dans un deuxième temps, la méthode qui a été utilisée pour réaliser cette étude sera décrite. Dans un troisième temps, les résultats découlant des analyses statistiques effectuées seront exposés. Finalement, le quatrième chapitre fera état de la discussion des résultats et présentera les limites et les propositions pour des recherches futures.

CHAPITRE I

CONTEXTE GÉNÉRAL

1.1 Définition et caractéristiques du trouble obsessionnel-compulsif

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) est caractérisé par la présence d'obsessions et de compulsions qui entraînent une perte de temps considérable (plus d'une heure par jour), causent une détresse significative ou nuisent au fonctionnement quotidien (APA, 2013). Les critères diagnostiques du TOC sont les mêmes pour les adultes et les jeunes. Une spécification est donnée lors de l'évaluation diagnostique selon le niveau d'introspection (bon, mauvais, absent), c'est-à-dire la propension de la personne à reconnaître que ses croyances obsessionnelles ne sont pas ou probablement pas réelles ou fondées (APA, 2013).

Les obsessions sont des pensées, des images ou des impulsions intrusives, récurrentes et persistantes, auxquelles la personne accorde une attention excessive, générant ainsi de l'anxiété ou de la détresse. Le contenu des obsessions varie selon les individus, mais certaines dimensions sont plus communes comme la contamination, la symétrie, la religion, la sexualité et la peur de faire du mal (APA, 2013). La personne tente d'ignorer ses obsessions, de les neutraliser ou de les chasser en faisant, entre autres, des compulsions. Les compulsions sont définies comme des comportements ou des actes mentaux répétitifs qui diminuent momentanément l'anxiété ou la détresse provoquée par les obsessions (APA, 2013).

Depuis la parution de la plus récente version du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5; APA, 2013), le TOC a été retiré de la catégorie des troubles anxieux et fait partie de la nouvelle catégorie des troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés. Dans cette catégorie, on trouve également le trouble d'accumulation compulsive, le trouble d'excoriation compulsive, le trouble de dysmorphie corporelle et la trichotillomanie (APA, 2013). Divers arguments ont été proposés pour justifier ce changement. Certains chercheurs proposent que les troubles de la catégorie des troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés sont caractérisés par une incapacité à délayer ou inhiber un comportement répétitif. Ces comportements répétitifs varient dans leur objectif entre l'évitement d'une conséquence anticipée, comme c'est le cas d'une personne qui fait une compulsions, et la recherche de plaisir comme certains comportements à risque ou impulsifs (Storch et al., 2008). Les différents troubles constituant cette nouvelle catégorie diagnostique présentent plusieurs facteurs communs, tels que l'âge d'apparition, les troubles fréquemment associés, l'impact sur la sphère familiale ainsi que des facteurs biologiques comme les neurotransmetteurs et les circuits neuronaux impliqués (APA, 2013; Storch et al., 2008). Contrairement aux troubles anxieux, l'anxiété reliée au TOC peut être considérée comme secondaire aux conséquences anticipées. En effet, certaines personnes qui ont un TOC ne ressentent pas nécessairement de l'anxiété si elles ne font pas leurs rituels/compulsions, mais plutôt un inconfort ou une autre émotion désagréable comme le dégoût ou la culpabilité (O'Connor et Grenier, 2004; Stein et al., 2010). Finalement, une moins bonne réponse à la pharmacologie et aux traitements cognitivo-comportementaux utilisés pour traiter les troubles anxieux permettraient de distinguer le TOC des troubles anxieux (Van Ameringen, Patterson et Simpson, 2014; Storch et al., 2008).

La prévalence du TOC se situe entre 1,1 % et 3 % (APA, 2013; Fontenelle, Mendlowicz et Versiani, 2006). Chez les enfants, la prévalence se situe entre 0,5 % et 2 % (Barrett,

Farrell, Pina, Peris et Piacentini, 2008; March et Mulle 1998). La prévalence est plus importante chez les garçons que chez les filles pendant l'enfance, mais elle s'égalise à l'adolescence et à l'âge adulte (APA, 2013). L'âge moyen d'apparition des symptômes est 19 ans, mais dans 25 % des cas, les symptômes du TOC sont apparus vers l'âge de 14 ans (APA, 2013). L'apparition des symptômes à l'enfance ou à l'adolescence rend le TOC plus persistant au cours de la vie (Nakatani et al., 2011). S'il n'est pas traité, le TOC a tendance à s'aggraver et à persister toute la vie de la personne qui en souffre (APA, 2013).

L'étiologie du TOC demeure encore inconnue, mais différentes théories étiologiques peuvent être regroupées selon un modèle triadique biopsychosocial. Ainsi, l'interaction entre des facteurs biologiques (p. ex., gènes, régions cérébrales), des facteurs familiaux (p.ex., contrôle, hostilité) et des facteurs psychologiques (p.ex., tempérament) expliqueraient le développement et le maintien de ce trouble de santé mentale (APA, 2013).

De 50 % à 75 % des jeunes qui ont un TOC souffrent également d'un autre trouble de santé mentale (Geller et al., 2001 ; Peris, Rozenman, Bergman, Chang, O'Neil et Piacentini, 2017). Selon plusieurs auteurs, la prévalence des troubles concomitants diffère selon l'âge du jeune qui présente un TOC (Lewin et al., 2014 ; Piacentini et al., 2011 ; Skriner et al., 2016). Le trouble oppositionnel, le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, les phobies spécifiques et les troubles tics seraient plus fréquents chez les enfants plus jeunes (moins de 10 ans) alors que les troubles de l'humeur seraient plus fréquents chez les enfants plus âgés (10 ans et plus) (Selles, Storch et Lewin, 2014 ; Skriner et al., 2016). Les adolescents qui présentent un TOC sont sept fois plus à risque de développer des symptômes dépressifs que les enfants (OR = 6,85, $p = 0,011$) (Peris et al., 2017). De plus, les jeunes ayant un TOC âgés de 14 à 17 ans seraient plus propices à présenter des troubles concomitants, internalisés

(OR = 0,49, $p = 0,042$) et externalisés (OR = 0,25, $p = 0,04$), que ceux âgés de 7 à 10 ans (Peris et al., 2017).

1.1.1 Conséquences sur le fonctionnement de l'enfant et de l'adolescent

Les résultats d'une méta-analyse incluant cinq études montrent que la qualité de vie générale des jeunes ayant un TOC est significativement inférieure à celle des participants qui ne présentent pas ce trouble de santé mentale ($d = -1,16$, $p < 0,001$) (Coluccia, Ferretti, Fagiolini et Pozza, 2017). Sur le plan social, la qualité de vie est aussi plus faible chez les jeunes qui ont un TOC ($d = -0,54$, $p < 0,01$) (Coluccia, Ferretti, Fagiolini et Pozza, 2017). Certains symptômes du TOC peuvent nuire au fonctionnement social, puisque ces jeunes ($n = 23$) craignent davantage d'être évalués négativement par leurs pairs ($F(1,51) = 164,06$, $p < 0,01$) ainsi que de vivre de la victimisation ($F(1,51) = 111,47$, $p < 0,01$) que des jeunes qui n'ont pas de TOC ($n = 30$) (Borda, Feinstein, Neziroglu, Veccia et Perez-Rivera, 2013). Ainsi, les jeunes qui ont un TOC sont plus à risque de vivre des relations problématiques avec leurs pairs (Borda et al., 2013). L'évitement d'endroits ou d'activités ainsi que le temps passé à accomplir les compulsions diminuent les possibilités de tisser des liens d'amitié durables (Borda et al., 2013).

Les symptômes du TOC d'un enfant ou d'un adolescent ont aussi d'importantes conséquences pour l'ensemble de la famille. Environ 60 % à 90 % des familles d'un enfant qui a un TOC vivent de la détresse élevée et ont un fonctionnement perturbé (Piacentini, Bergman, Keller et McCracken, 2003). Les membres de la famille adoptent souvent des comportements d'accommodation aux symptômes du TOC de leur enfant, c'est-à-dire, qu'ils participent aux rituels du jeune en modifiant leurs comportements ou en évitant certaines situations, ce qui maintient les symptômes (Freeman et al., 2008).

Finalement, les symptômes du TOC peuvent nuire au fonctionnement scolaire de l'enfant ou de l'adolescent (APA, 2013). Plus particulièrement, les obsessions ou les

rituels mentaux nuisent à la concentration et peuvent compliquer l'exécution des devoirs (Piacentini et al., 2003). Les compulsions peuvent aussi entraîner une perte de temps importante nuisant à la motivation et l'implication scolaires. Les jeunes qui ont un TOC rapportent également une plus faible qualité de vie liée à l'école que les jeunes d'un groupe contrôle ($d = -0,61, p < 0,01$) (Coluccia, Ferretti, Fagiolini et Pozza, 2017).

1.2 Modèles conceptuels du TOC

Il existe deux modèles théoriques qui conceptualisent le TOC, soit le modèle comportemental, qui cible le lien entre les situations qui génèrent de l'anxiété et les compulsions, et le modèle cognitif, qui s'intéresse aux croyances dysfonctionnelles et aux biais et déficits cognitifs (Mowrer, 1960; Rachman 1971; Salkovskis, 1985).

1.2.1 Modèle conceptuel comportemental du TOC

Le modèle conceptuel comportemental du TOC découle des théories de l'apprentissage. Mowrer (1960) a proposé la théorie des deux facteurs ou de l'évitement qui suggère que les pensées et les images intrusives sont normales. Par conditionnement classique, la personne associe une pensée ou une image intrusive (« mes mains sont peut-être sales ») à un stimulus aversif qui génère de l'anxiété et de la détresse. Ensuite, cette pensée intrusive devient un stimulus conditionnel qui génère elle-même de l'anxiété. Dans le TOC, la personne tente de réduire l'anxiété en effectuant une compulsion ou un rituel en lien direct ou non avec cette pensée (p.ex., se laver les mains pendant 6 minutes). Par conditionnement opérant, la compulsion est négativement renforcée puisqu'elle permet de diminuer l'anxiété et la détresse générées par la pensée intrusive (Mowrer, 1960).

1.2.2 Modèle conceptuel cognitif du TOC

Le modèle cognitif du TOC se base principalement sur les travaux de Rachman (1971; 1997) et de Salkovskis (1985). Ce modèle postule que la plupart des gens ont des intrusions, c'est-à-dire des pensées, des images ou des impulsions répétitives, désagréables, involontaires et difficiles à contrôler (p. ex., « je n'ai peut-être pas barré la porte »). Toutefois, les intrusions anormales (ou obsessions) surviennent plus souvent, génèrent une plus grande détresse émotionnelle et sont plus souvent perçues comme étant incontrôlables (Rachman et de Silva, 1978). Rachman et de Silva (1978) ont montré que le contenu des intrusions et des obsessions étaient similaires et qu'il était pratiquement impossible pour des experts de distinguer les deux. Le modèle cognitif du TOC postule donc que les personnes qui présentent un TOC interprètent la présence ou le contenu de ces intrusions en fonction de croyances dysfonctionnelles, c'est-à-dire des hypothèses fixes et durables qui ne sont pas basées sur un événement particulier (Salkovskis, 1985). Ce serait cette interprétation erronée des intrusions qui serait distinctive entre les personnes qui ont un TOC et les personnes qui n'en ont pas. Salkovskis (1985) a proposé que la fréquence et l'intensité de l'intrusion augmentent lorsque celle-ci déclenche un sentiment de responsabilité excessif par rapport à l'intrusion même et à son contrôle. Ainsi, la personne ressent le besoin de faire quelque chose pour que tout redevienne « juste correct » et plus elle tente de contrôler l'intrusion, plus celle-ci revient. Par la suite, Rachman (1997) a proposé qu'une intrusion se développe en obsession lorsqu'elle possède une signification personnelle et possiblement dangereuse. Ainsi, la personne fait une interprétation erronée catastrophique de la signification personnelle de l'intrusion, ce qui entraîne une augmentation de la résistance face à cette obsession et la mise en place d'actions pour prévenir les conséquences anticipées. Globalement, le sens donné aux intrusions en raison de ces croyances dysfonctionnelles provoque de l'anxiété qui pousse l'individu à faire une compulsion ou à éviter certaines situations afin de réduire temporairement cet inconfort. L'obsession persiste tant que l'interprétation erronée catastrophique est

présente. Selon le modèle conceptuel cognitif, ce serait donc l'évaluation cognitive qui convertit l'intrusion en une obsession chez les personnes présentant un TOC (Rachman, 1997 ; Salkovskis, 1985).

L'évaluation cognitive des intrusions étant centrale au modèle cognitif du TOC, Freeston, Rhéaume et Ladouceur (1996) ont proposé cinq croyances erronées à propos de ces intrusions qui contribuent au développement et au maintien du TOC. Ces croyances qui ont été retenues à partir d'une entrevue semi-structurée avec des personnes ayant un TOC sans compulsions apparentes ($n = 29$) sont les suivantes : 1) la surestimation de l'importance des pensées, 2) le sentiment de responsabilité excessif basé sur la théorie de Salkovskis (1985), 3) un besoin de perfectionnisme, 4) la surestimation de la probabilité et de la sévérité des conséquences négatives et 5) l'impression que l'anxiété est dangereuse et/ou inacceptable. Par la suite, un regroupement de chercheurs nommé l'Obsessive-Compulsive Working Group (OCCWG) ont regroupé 16 instruments de mesure évaluant différents processus cognitifs et croyances souvent présents chez les personnes ayant un TOC. À la suite de plusieurs rencontres et révisions et en se basant sur la littérature scientifique, ils ont retenu six croyances obsessionnelles qu'ils considéraient spécifiques au développement et au maintien du TOC chez les adultes : 1) un sentiment de responsabilité excessif, 2) la surestimation de l'importance des pensées, 3) un besoin de contrôler ses pensées, 4) une surestimation du danger, 5) une intolérance à l'incertitude et 6) un besoin de perfectionnisme (Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997). Toutefois, ces croyances obsessionnelles ne seraient pas spécifiques au TOC et seraient aussi trouvées dans certains troubles anxieux (p. ex., OCCWG, 1997; Tolin, Worhunsky et Maltby, 2006).

Peu d'études ont porté sur les processus cognitifs liés au TOC chez les jeunes. Barrett et Healy (2003) ont évalué les croyances dysfonctionnelles liées à la théorie de Salkovskis (1985) par l'entremise de mesures idiographiques (mesures auto-rapportées

uniques aux obsessions et compulsions de chaque participant) auprès d'enfants âgés de 7 à 13 ans. Les chercheurs ont recruté un groupe d'enfants qui ont un TOC ($n = 28$), un groupe d'enfants avec un trouble anxieux ($n = 17$) et un groupe d'enfants sans trouble de santé mentale ($n = 14$). Les résultats montrent que lorsqu'ils sont comparés à un groupe d'enfants avec un trouble anxieux, seul le besoin de contrôle sur les pensées distingue les enfants qui présentent un TOC ($F(2,52) = 12.65, p < 0,05$) (Barrett et Healy, 2003).

Une autre étude a comparé le sentiment de responsabilité excessif, l'importance excessive accordée aux pensées et le perfectionnisme à l'aide de questionnaires remplis par des adolescents âgés de 11 à 18 ans (Libby, Reynolds, Derisley et Clark, 2004). Les adolescents qui avaient un TOC ($n = 28$) étaient comparés à des adolescents qui avaient un trouble anxieux ($n = 28$) et à des adolescents sans problème de santé mentale ($n = 62$). Les résultats de cette étude montrent que les adolescents qui ont un TOC rapportent généralement des niveaux plus élevés de sentiment de responsabilité excessif ($F(2,115) = 12,68, p < 0,01$) et d'importance excessive accordée aux pensées que les jeunes des deux autres groupes ($(z(56) = -2,57, p = 0,01)$ et $(z(90) = -1,82, p < 0,01)$ groupe de jeunes anxieux et groupe contrôle, respectivement) (Libby et al., 2004).

Farrell et Barrett (2006) ont examiné les différences développementales dans la perception négative des intrusions soit un sentiment de responsabilité excessif, la probabilité de préjudice, la surestimation de l'importance des pensées, le doute à propos de soi et le besoin de contrôler ses pensées. L'échantillon était composé d'enfants ($n = 34$), d'adolescents ($n = 39$) et d'adultes ($n = 38$) souffrant de TOC. Les auteurs ont utilisé des questionnaires auto-rapportés ainsi que des tâches d'évaluation cognitive idiographiques. Les résultats de cette étude montrent que les enfants ont rapporté un moins haut niveau de sentiment de responsabilité excessif que les adolescents et les adultes ($p < 0,05$). Aucune différence n'a été trouvée entre les groupes pour

l'importance accordée aux pensées, le doute à propos de soi et le besoin de contrôle des pensées (Farrell et Barrett, 2006).

Tout comme pour les adultes, la plupart des croyances obsessionnelles proposées par l'OCCWG ne semblent pas différencier les jeunes qui ont un TOC de ceux qui ont un trouble anxieux. Il est possible que d'autres facteurs (p. ex., déclencheurs, processus de raisonnement) puissent distinguer les individus qui présentent un TOC des individus non-cliniques. Étant donné ces faiblesses conceptuelles, il est important de s'intéresser à d'autres modèles conceptuels cognitifs et à d'autres facteurs cognitifs pour comprendre et traiter le TOC.

1.2.3 Approche basée sur les inférences

Élaborée en 2005, l'approche basée sur les inférences (ABI) postule que les obsessions ne sont pas des pensées normales ni des intrusions, mais plutôt des inférences générées par les événements internes ou externes actuels (p. ex., « je pense à la COVID-19, peut-être que mes mains sont sales ») (O'Connor et al., 2005). Dans l'ABI, les obsessions prennent la forme d'un doute, appelé doute obsessionnel. Le doute obsessionnel diffère d'un doute normal puisqu'il persiste longtemps et qu'il n'est pas basé sur les preuves directes de la réalité (p. ex., les sens, les goûts, les intentions et le bon jugement) (O'Connor et Aardema, 2012). Par exemple, le doute « peut-être que je n'ai pas verrouillé la porte » sera obsessionnel s'il n'est pas résolu rapidement en utilisant la vue et le toucher (preuves de la réalité) et que le besoin de vérifier reste présent. Le doute (normal ou obsessionnel) est précédé d'un stimulus déclencheur (interne ou externe) au moment où il survient. Le doute obsessionnel précède les conséquences anticipées, les émotions qu'il engendre ainsi que les comportements compulsifs adoptés (voir Figure 1). L'ABI diffère du modèle conceptuel cognitif puisqu'elle met l'accent non pas sur des croyances spécifiques et des menaces perçues, mais plutôt sur les processus de raisonnement et le doute à l'origine des obsessions. Ces deux modèles

ne sont pas en contradiction puisqu'ils s'intéressent à des aspects distincts de la séquence obsessionnelle.

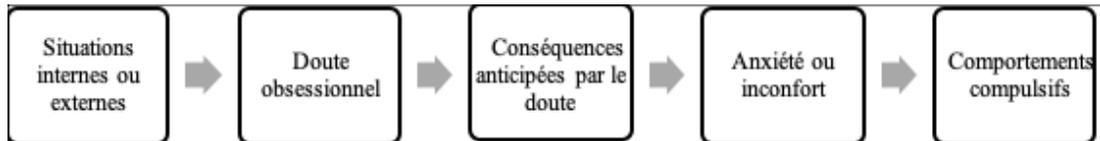


Figure 1.1 La séquence obsessionnelle selon l'ABI

Dans l'ABI, les doutes obsessionnels sont créés et maintenus par la personne à travers un processus de raisonnement nommé confusion inférentielle. Il y a deux éléments centraux à la confusion inférentielle : 1) la perte de confiance en ses perceptions (p.ex., sensorielles) ; 2) l'investissement de la pensée dans des possibilités imaginées (Aardema et O'Connor, 2003 ; 2007 ; Aardema, O'Connor, Emmelkamp, Marchand et Todorov, 2005 ; O'Connor et Robillard, 1996). La figure 2 montre le cycle qui débute par le doute obsessionnel, qui engendre de la confusion inférentielle et qui crée de l'anxiété. L'anxiété vécue pousse la personne à effectuer des compulsions, mais cela ne fait que surinvestir ses pensées, c'est-à-dire leur donner plus d'importance et de crédibilité, et cela renforce conséquemment le doute obsessionnel. Ainsi, la confusion inférentielle explique l'apparition d'obsessions (ou doutes obsessionnels) dans des contextes non justifiés (Audet, Aardema et Moulding, 2016).

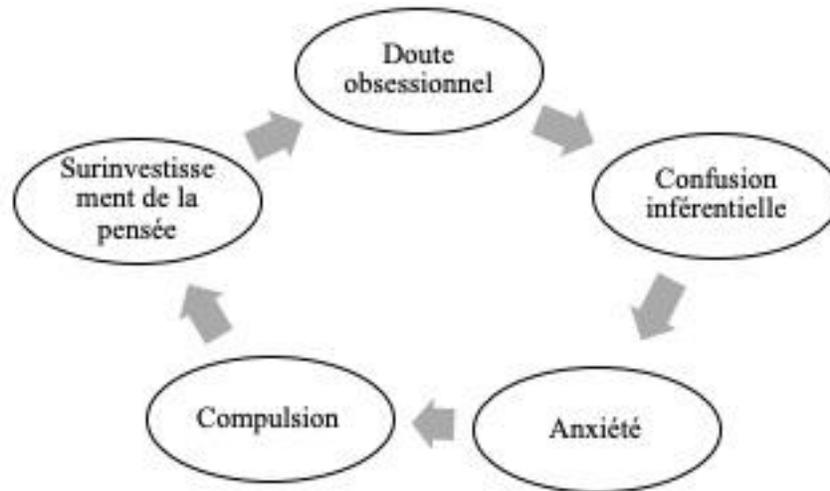


Figure 1.2 Le cycle de la confusion inférentielle

La confusion inférentielle est liée aux symptômes du TOC indépendamment des croyances obsessionnelles proposées par le modèle conceptuel cognitif (p. ex. Aardema, Emmelkamp et O'Connor 2005; Aardema et al., 2010). Elle permet de distinguer les adultes qui ont un TOC de ceux qui ont un trouble anxieux ou qui ne présentent aucun trouble de santé mentale (Yorulmaz, Gençöz et Woody, 2010). La confusion inférentielle a été évaluée et identifiée chez les enfants âgés de 8 à 12 ans ayant un TOC (Bombardier, Leclerc, O'Connor et Berthiaume, 2020). Le niveau de confusion inférentielle d'un enfant qui présente un TOC serait même associé au niveau de confusion inférentielle que présente son parent.

Outre les croyances obsessionnelles et les processus de raisonnement liés au TOC, les modèles cognitifs du TOC (incluant l'ABI) ont identifié certains facteurs de vulnérabilité importants dans le développement et le maintien d'obsessions chez les adultes. Ainsi, plusieurs domaines liés au soi ont été proposés comme déterminants dans le TOC (Doron, Kyrios et Moulding, 2007; Rachman, 1997).

1.3 Les guides du soi

L'une des théories qui conceptualise et explique le rôle des représentations du soi est la théorie des guides du soi, développée par Higgins, Klein et Strauman (1985). Celle-ci stipule que les individus utilisent différents guides du soi (*self-guides*) à titre de buts, de standards et de règles personnelles. Ils les comparent à la perception qu'ils ont d'eux-mêmes, ce qui joue un rôle important dans leur régulation émotionnelle (Higgins et al., 1985). Cette perception d'eux-mêmes est le premier guide du soi ; le soi actuel. Le soi actuel correspond typiquement au concept de soi d'une personne, à savoir, une combinaison de cognitions et d'évaluations à propos des attributs de soi, c'est-à-dire les traits de personnalité et les caractéristiques personnelles (Wylie et Miller, 1979). Selon Higgins (1987), ce soi actuel est comparé à deux autres guides du soi ; le soi idéal et le soi obligé. Le soi idéal représente ce que la personne veut être, c'est-à-dire ses idéaux, ses standards envers elle-même. Le soi obligé représente ce que la personne se sent obligée d'être de par les influences extérieures comme sa culture, sa famille ou sa religion (Higgins, 1987). La théorie des guides du soi s'appuie sur les travaux de Duval et Wicklund (1972) qui stipulent qu'une personne qui perçoit un écart entre son soi actuel et un but important qu'elle souhaite accomplir ressentira des émotions désagréables et sera motivée à réduire cet écart. Plusieurs études ont d'ailleurs appuyé cette hypothèse montrant qu'un grand écart entre le soi actuel et le soi idéal (écart soi actuel/soi idéal) est associé à du découragement et à des symptômes dépressifs alors, qu'un grand écart entre le soi actuel et le soi obligé (écart soi actuel/soi obligé) est associé à de l'agitation, de la culpabilité et des symptômes anxieux (Higgins, Bond, Klein et Strauman, 1986 ; Higgins et al., 1985 ; Scott et O'Hara, 1993 ; Strauman, 1989).

Basés sur les travaux de Markus et Nurius (1986), Carver, Lawrence et Scheier (1999) ont ajouté le soi craint aux trois guides du soi. Ce soi craint correspond à ce que la personne craint d'être ou de devenir (Carver et al., 1999). Ce guide du soi motive la

personne à agir de façon à ne jamais développer les attributs qui caractérisent son soi craint. Lorsque l'écart entre le soi actuel et le soi craint (écart soi actuel/soi craint) est petit (c.-à-d. que la personne perçoit peu de différence entre ce qu'elle est et ce qu'elle redoute d'être), cette proximité est prédictive de symptômes anxieux. Toutefois, lorsque l'écart soi actuel/soi craint est grand (c.-à-d. que la personne perçoit une grande différence entre ce qu'elle est et ce qu'elle craint d'être), c'est l'écart soi actuel/soi obligé qui est alors le meilleur prédicteur des symptômes anxieux et de la culpabilité (Carver et al., 1999). Les jeunes adultes qui ont déjà souffert d'un épisode dépressif ($n = 83$) croient davantage que leur soi craint se concrétisera dans le futur ($F(1,81) = 11,52$, $p < 0,01$) (Vergara-Lopez et Roberts, 2012). Les auteurs suggèrent qu'un petit écart soi actuel/soi craint constitue un trait de vulnérabilité qui augmente le risque d'apparition d'un épisode dépressif (Vergara-Lopez et Roberts, 2012).

Les résultats d'une méta-analyse de Mason et collaborateurs (2019), comprenant 70 études, montrent des associations petites à moyennes entre les écarts des différents guides du soi et diverses psychopathologies (p. ex., symptômes anxieux, symptômes dépressifs, trouble alimentaire). Toutefois, les écarts entre le soi actuel, le soi idéal et le soi obligé étaient tous associés aux symptômes dépressifs et anxieux. Ces résultats divergent quelque peu de la théorie originale de Higgins (1987). Les auteurs de cette méta-analyse postulent que la relation entre les écarts entre les guides du soi et les conséquences émotionnelles (p. ex., découragement, anxiété) serait médiée par certaines stratégies de régulation émotionnelle (p. ex., rumination) (Mason et al., 2019). Ainsi, une personne qui perçoit un grand écart soi actuel/soi idéal présenterait des symptômes dépressifs, surtout si elle rumine beaucoup par rapport à cette divergence.

1.3.1 Les guides du soi chez les adolescents

Higgins (1989) considère que c'est vers l'âge de 9 à 11 ans, alors que les attributs du soi sont intégrés, que les conséquences émotionnelles et motivationnelles des écarts entre les guides du soi seraient plus intenses et potentiellement chroniques. Cette

tranche d'âge correspond au stade des opérations concrètes de Piaget (1953; 1960), qui est caractérisé par un déclin de l'égoïsme et par le développement d'habiletés de raisonnement basées sur le concret. Les enfants de cet âge commencent peu à peu à se percevoir et à se décrire en fonction de catégories d'attributs (p.ex., un enfant qui a une bonne écoute et qui partage avec les autres pourrait se voir comme étant aimable) (Harter 1990). Ils sont donc capables de regrouper leurs attributs observables et comportementaux pour avoir une conception plus globale de leur soi (Harter, 1990). Oosterwegel et Oppenheimer (2002) ont étudié la conscience des perceptions de soi et les conséquences qui en découlent sur le bien-être psychologique de 160 jeunes âgés de 8 à 18 ans. Les résultats montrent que la conscience des écarts entre les différentes conceptions de soi augmente drastiquement entre l'âge de 12 et 14 ans ($F(1) = 3,72, p < 0,05$). À partir de 12 ans, les jeunes accèdent au stade des opérations formelles dans lequel les raisonnements abstraits et hypothético-déductifs s'acquièrent (Piaget, 1953; 1960). Ils intègrent les catégories d'attributs dans une représentation plus abstraite du soi et sont en mesure d'avoir des représentations de soi qui font référence à des sois futurs (Harter, 1990). Par conséquent, il est possible de croire que les adolescents de 12 ans et plus sont en mesure de reconnaître leurs guides du soi, ainsi que les écarts qui existent entre eux. Chez les enfants et les adolescents, un grand écart soi actuel/soi idéal est associé à la présence de symptômes dépressifs tel que trouvé chez les adultes (p. ex., Hankin, Roberts et Gotlib, 1997; Ingram, 2003 ; Moretti et Wiebe, 1999). Par ailleurs, les filles semblent rapporter un plus grand écart soi actuel/soi idéal que les garçons (Hankin et al., 1997). Jusqu'à présent, l'écart soi actuel/soi obligé, observé chez les adultes, n'a été que marginalement associé aux symptômes anxieux chez les adolescents ($n = 115$) ($r = 0,16, p < 0,09$) (Hankin et al., 1997).

Le soi craint chez les adolescents n'a seulement été évalué qu'à partir du modèle de Markus et Nurius (1986). Les résultats d'une étude réalisée auprès de 212 adolescents âgés de 14 à 19 ans montrent que les filles évaluent leur soi craint comme ayant plus de chances de s'actualiser que les garçons (Knox, Funk, Elliott et Bush, 2000). De plus,

le soi craint des filles était davantage lié aux relations interpersonnelles (p. ex., échec à maintenir ou établir des relations sociales, familiales ou amoureuses, réponses en lien avec la qualité et la quantité des relations) alors que celui des garçons portait plutôt sur l'occupation (p. ex., performance au travail, le type d'emploi, les caractéristiques de l'emploi) et l'échec en général (p. ex., incapacité à atteindre des buts, sentiment d'infériorité) (Knox et al., 2000).

1.4 Le soi dans le trouble obsessionnel-compulsif

Un nombre grandissant d'études a identifié la présence et l'importance des différents guides du soi et, plus particulièrement du soi craint, dans différents troubles de santé mentale (p. ex., Aardema et al., 2018 ; Cornette, Strauman, Abramson et Busch, 2009 ; Hartmann, Sundag et Lincoln, 2014 ; Lantz, Gaspar, DiTore, Piers et Schaumberg, 2018, Mason et al., 2019 ; Ono et Devilly, 2013 ; Parker, Boldero et Bell, 2006 ; Purcell Lalonde, O'Connor, Aardema et Coelho, 2015). En effet, la perception négative de soi et la peur d'avoir ou de développer certaines caractéristiques négatives sont centrales dans certaines problématiques, notamment dans le TOC (Aardema et al., 2018).

Rachman (1997) a émis l'hypothèse que les personnes souffrant d'un TOC interprètent de façon erronée la présence ou le contenu des intrusions. Les intrusions qui risquent le plus de devenir des obsessions sont celles qui contredisent les valeurs et la personnalité de la personne (c.-à-d. égo-dystones) puisqu'elles sont davantage saillantes et qu'elles maintiennent l'attention (Purdon et Clark, 1999 ; Rachman, 1997 ; Rowa et Purdon, 2003). Devant des obsessions égo-dystones, une personne qui n'a pas de TOC a tendance à juger cette pensée comme étant anormale afin de diminuer l'incohérence entre la pensée et le soi. À l'inverse, une personne ayant un TOC agit comme si cette pensée est réelle et elle imagine alors ce qu'elle pourrait devenir (Aardema et O'Connor, 2003 ; Purdon et Clark, 1999 ; Rachman, 1997 ; Salkovskis, 1985). Par exemple, un adolescent ayant un TOC pourrait avoir une obsession égo-

dystone portant sur la peur d'être un meurtrier et pourrait alors éviter de manipuler des objets coupants. Toutefois, avec le temps, il est possible qu'une obsession égo-dystone dans le TOC s'intègre dans la perception qu'une personne a de son identité et qu'elle croit donc qu'elle pourrait éventuellement devenir cette personne (p.ex., un meurtrier) (Purdon et Clark, 1999).

1.4.1 Domaines sensibles du soi

Doron et collaborateurs ont montré qu'une personne qui manque de confiance en elle dans un domaine (p. ex., les relations) serait plus sensible à développer des obsessions dans ce domaine (« M'aime-t-il vraiment ? ») (Doron et al., 2007 ; Doron, Szepeswol, Karp et Gal, 2013). L'incompétence perçue dans ce domaine étant étroitement liée à la valeur qu'elle s'accorde, la personne est plus vigilante et sensible aux intrusions qui touchent ces domaines particuliers (Doron et al., 2007). Ainsi, il a été montré que les pensées obsessionnelles qui menacent ces domaines sensibles sont plus susceptibles de devenir l'objet de préoccupation ou d'anxiété et d'activer des croyances dysfonctionnelles (p. ex., perfectionnisme et sentiment de responsabilité excessif) (Doron et al., 2007 ; Doron, Moulding, Kyrios et Nedeljkovic, 2008 ; Doron, Kyrios, Moulding, Nedeljkovic et Bhar, 2007). Les résultats d'une étude de Doron et collaborateurs (2008) montrent que la sensibilité liée à la moralité et à la compétence au travail sont associées à la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs et permet de distinguer les personnes présentant un TOC ($n = 30$) des individus provenant d'un groupe contrôle ($n = 32$) et des personnes ayant un trouble anxieux ($n = 20$).

1.4.2 Soi ambivalent

Le soi ambivalent a été identifié comme un facteur contribuant au développement du TOC et des croyances dysfonctionnelles qui y sont liées par Guidano et Liotti (1983). Il ne correspond toutefois pas à un guide du soi tel que conceptualisé par Higgins, Klein et Strauman (1985). Le soi ambivalent correspond à l'incertitude et aux croyances dysfonctionnelles d'une personne par rapport à ses propres règles morales et à sa valeur

personnelle (Guidano et Liotti, 1983). Une personne ayant un TOC aurait donc tendance à croire qu'elle possède des attributs dichotomiques (« je suis aimable » comparativement à « je ne suis pas aimable ») et continuerait de s'inquiéter à propos de son identité. Ainsi, le soi ambivalent constitue une prédisposition à considérer les pensées égo-dystones comme une menace à la perception de soi. Bhar et Kyrios (2007) ont évalué le lien entre le soi ambivalent, les symptômes obsessionnels-compulsifs et les croyances liées au TOC parmi des adultes avec un TOC ($n = 73$), un trouble anxieux ($n = 50$) et aucun trouble de santé mentale ($n = 268$). Les résultats montrent que les participants souffrant d'un TOC rapportent un plus haut niveau de soi ambivalent que les participants du groupe contrôle, mais aucune différence n'a été trouvée avec les participants présentant un trouble anxieux. Plus récemment, une étude a investigué les changements dans le soi ambivalent à la suite d'une thérapie cognitive-comportementale de 16 semaines visant à traiter le TOC chez 62 adultes (Bhar, Kyrios et Hordern, 2015). Le soi ambivalent était abordé et travaillé par le biais de techniques comportementales (p. ex., exposition graduée avec prévention de la réponse) et cognitives (p. ex., restructuration cognitive). Les résultats montrent une diminution du soi ambivalent après la thérapie et celle-ci prédisait la diminution des symptômes obsessionnels-compulsifs ($F(4,49) = 39,81, p < 0,01$) et la rémission du TOC ($\chi^2(4) = 15,78, p = 0,003$) (Bhar, Kyrios et Hordern, 2015). Toutefois, les mécanismes sous-jacents à la diminution du soi ambivalent demeurent inconnus. Il est possible que le soi ambivalent découle d'un manque de connaissance de soi, d'expériences précoces d'invalidation ou d'un attachement de type anxieux (Seah, Fassnacht et Kyrios, 2018). De plus, le soi ambivalent semble présent autant chez les individus ayant un TOC que chez ceux souffrant d'un trouble anxieux. Ainsi, plusieurs auteurs mentionnent que le soi ambivalent constitue un facteur de vulnérabilité à développer un soi craint (p.ex., Aardema et Wong, 2020 ; Godwin, Godwin et Simonds, 2020).

1.4.3 Soi craint

Lorsqu'une obsession est ego-dystone, elle est souvent perçue comme une menace pour l'identité de la personne (soi actuel). Le soi craint a été mis de l'avant comme un facteur impliqué dans le développement et/ou le maintien d'obsessions égo-dystones et est associé à la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs (Aardema et al., 2013 ; Aardema et al., 2018 ; Melli, Aardema et Moulding, 2016). L'ABI postule que les personnes qui ont un TOC surinvestissent leur soi craint, c'est-à-dire qu'elles agissent principalement en fonction de la peur de ce qu'elles pourraient devenir (Aardema et O'Connor, 2003; 2007; Aardema et al., 2013). Par exemple, des obsessions et des compulsions concernant la vérification (p. ex., « vérifier si la porte est bien verrouillée ») pourraient être sous-jacentes à la peur d'être quelqu'un de négligeant. Ainsi, le jeune aux prises avec le doute constant d'être ou de devenir quelqu'un de négligeant se voit obligé de vérifier constamment par différentes compulsions, si son doute est fondé, ce qui ne fait qu'amplifier son doute initial (O'Connor et Aardema, 2012). Il tentera d'empêcher que le contenu de l'obsession se concrétise en effectuant une compulsions ou en évitant une situation, souhaitant maintenir une distance entre le soi actuel/soi craint.

Ferrier et Brewin (2005) ont évalué les différents guides du soi auprès d'adultes ayant un TOC ($n = 24$), d'adultes présentant un trouble anxieux (TA) ($n = 21$) et d'adultes sans problème de santé mentale ($n = 16$). Bien qu'ils ne diffèrent par l'un de l'autre quant aux écarts entre les guides du soi, le groupe TOC et le groupe TA ont rapporté un plus petit écart soi actuel/soi craint que le groupe contrôle. Aucune différence n'a été trouvée entre le groupe ayant un TOC et le groupe TA pour l'écart soi actuel/soi idéal et l'écart soi actuel/soi obligé, mais ces écarts sont significativement plus petits que ceux du groupe contrôle. Par ailleurs, la description du soi craint par les participants du groupe TOC se distingue de celle des participants des autres groupes ($F(2,60) = 5,20, p = < 0,01$). Leur soi craint est décrit comme étant dangereux pour soi-même ou

pour les autres et comprend des qualificatifs pour décrire la personne tels que mauvais, immoral et fou. Les participants du groupe contrôle ont décrit leur soi craint en lien avec des défauts et imperfections ($F(2,60) = 14,49, p = < 0,001$) alors que les participants ayant un TA ont rapporté des qualificatifs liés à leurs symptômes tels que désespéré et apeuré ($F(2,60) = 3,13, p = < 0,051$). Les auteurs ont conclu que l'absence de différence entre le groupe TOC et le groupe TA quant à l'écart soi actuel/soi craint s'explique par les rituels dans le TOC qui ont pour fonction de maintenir une distance avec le soi craint. Ces résultats appuient l'hypothèse de Rachman (1997) qui propose que les personnes qui ont un TOC croient posséder des aspects indésirables sur le plan identitaire. Puisque la description du soi craint est différente pour le groupe TOC, les auteurs suggèrent que les croyances à propos de soi doivent être abordées et travaillées dans le traitement du TOC (Ferrier et Brewin, 2005).

Une récente étude utilisant la réalité virtuelle a montré que la manipulation de scénarios liés au soi craint augmente les obsessions liées aux dommages et aux méfaits, le besoin de neutraliser ces obsessions et le désir d'augmenter l'écart soi actuel/soi craint chez les adultes qui ne présentent pas de TOC ($n = 130$) (Wong, Mendel, Trespalacios et Radomsky, 2020). De plus, l'activation de situations ou scénarios liés au soi craint augmente l'intensité des obsessions ainsi que l'envie de faire des compulsions et est associée à la détresse chez les personnes ayant un TOC ($n = 16$) (Sauvageau, O'Connor, Dupuis et Aardema, 2020).

1.5 Question de recherche

Le changement de classification du TOC dans la plus récente version du DSM suggère que ses distinctions avec les troubles anxieux ne sont pas encore bien comprises. En effet, il n'existe pas de consensus quant aux déclencheurs psychologiques et aux processus de raisonnement impliqués dans ce trouble de santé mentale. Plusieurs croyances obsessionnelles établies comme déterminantes selon les modèles

conceptuels cognitifs du TOC ne sont pas retrouvées chez les jeunes qui ont un TOC ou ne permettent pas de les différencier des jeunes qui ont un trouble anxieux (Barret et Healy, 2003 ; Libby et al., 2004). L'un des modèles conceptuels cognitif du TOC, l'ABI, postule que les doutes et le raisonnement face au soi et à l'identité rendent la personne vulnérable à développer certaines obsessions et compulsions (O'Connor et Aardema, 2012). Cette conception est appuyée par plusieurs études qui montrent que des craintes liées à la perception de soi caractérisent les adultes qui ont un TOC (Doron, Kyrios et Moulding, 2007; Doron et al., 2007; Doron et al., 2008). La relation entre le soi craint et les symptômes obsessionnels-compulsifs chez les adultes a été documentée, mais cette relation n'a jamais été étudiée auprès des jeunes. Dès la préadolescence, les jeunes ont conscience de leurs guides du soi et des écarts qui existent entre eux. Plusieurs études montrent que les adolescents vivent de réelles conséquences émotionnelles, comme des symptômes dépressifs, en raison des écarts entre leurs guides du soi (p. ex., Hankin et al., 1997 ; Ingram, 2003 ; Moretti et Wiebe, 1999). Ainsi, comment les adolescents ayant un TOC se perçoivent-ils ? Présentent-ils effectivement un soi qu'ils craignent d'être ou de devenir ?

1.6 Objectifs de l'essai doctoral

Cet essai doctoral vise à explorer le lien entre les processus cognitifs liés au soi et le TOC chez les jeunes. Le premier objectif est d'examiner le lien entre le soi craint et la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs chez une population adolescente. Il est attendu que la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs soit associé positivement au soi craint, c'est-à-dire que plus les symptômes obsessionnels-compulsifs seront sévères, plus la personne rapportera que son soi craint est présent et important. Le deuxième objectif est de vérifier le lien entre les écarts soi actuel/soi idéal et soi actuel/soi obligé et les symptômes dépressifs et anxieux. Il est attendu qu'un grand écart soi actuel/soi idéal soit associé positivement aux symptômes dépressifs alors qu'un grand écart soi actuel/soi obligé soit associé positivement aux symptômes

anxieux chez les participants adolescents. Le troisième objectif est de comparer le niveau de soi craint et l'écart soi actuel/soi craint auprès d'adolescents ayant ou non un TOC. Il est attendu que les jeunes ayant un TOC rapportent une plus grande présence et importance de leur soi craint et un plus petit écart soi actuel/soi craint que les participants du groupe contrôle.

CHAPITRE II

MÉTHODE

2.1 Participants

Au total, 23 participants (8 garçons et 15 filles) ont été recrutés. Les participants du groupe clinique ont principalement été recrutés par le biais du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal et du Centre multiservices de santé et de services sociaux Rivière-des-Prairies tandis que les participants du groupe contrôle ont été recrutés par le biais des réseaux sociaux. Pour participer à cette étude, les participants devaient être âgés de 12 à 16 ans au moment de l'entrevue d'évaluation et être en mesure de communiquer en français. Le critère d'exclusion pour tous les participants était de présenter une déficience intellectuelle ($QI < 75$ et déficits dans les capacités adaptatives) ou un trouble du spectre de l'autisme, tel que rapporté par le parent, en raison de l'impact particulier que peuvent avoir ces conditions sur le fonctionnement cognitif des individus. La participation à cette étude était effectuée sur une base volontaire et les participants ont reçu une compensation via une paire de billets de cinéma immédiatement après leur participation.

2.2 Procédure

Les critères d'inclusion et d'exclusion étaient vérifiés via une courte rencontre téléphonique avec les parents de tous les participants intéressés. Le consentement écrit

a été obtenu par les participants et leurs parents avant ou au moment de la première rencontre. Une rencontre d'évaluation était conduite avec chaque participant par l'étudiant-chercheur lors de laquelle les questionnaires étaient administrés. L'attribution des participants à chacun des groupes se faisait à partir de la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs évaluée au cours de la rencontre d'évaluation. Ainsi, pour être attribué au groupe TOC, les participants devaient présenter des symptômes cliniques de TOC qui interfèrent avec le fonctionnement quotidien dont les obsessions et/ou les compulsions sont présentes plus d'une heure par jour (représenté par le score minimum de 11/40 au *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (CY-BOCS)) (The Pediatric OCD Treatment Study Team, 2004).

2.3 Mesures

2.3.1 Données sociodémographiques

Une section du questionnaire de pré-évaluation du Centre multiservices de santé et de services sociaux Rivière-des-Prairies a été utilisée afin d'obtenir les données sociodémographiques de chaque participant. Les variables retenues pour cette étude portent sur les caractéristiques personnelles du participant (nationalité, âge, année scolaire, sexe, histoire médicale de l'adolescent et bref historique de vie).

2.3.2 Symptômes obsessionnels-compulsifs

Les symptômes obsessionnels-compulsifs ont été évalués par le *Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (CY-BOCS) (Goodman et al., 1989; Scahill et al., 1997). Cette entrevue semi-structurée mesure la sévérité des obsessions et des compulsions. Cette mesure a été traduite en français par une méthode de traduction à rebours au Québec par Laverdure et Pélissier (2007). La version originale du CY-BOCS possède une cohérence interne élevée pour le score total ($\alpha = 0,87 - 0,90$) et pour les scores de sévérité des obsessions et des compulsions ($\alpha = 0,80$ et $0,82$) (Scahill et al., 1997).

2.3.3 Symptômes dépressifs et anxieux

Les Inventaires Beck Youth – Deuxième édition : échelles d’anxiété et de dépression (BYI-II) (Beck, Beck et Jolly, 2005) ont été utilisés afin d’évaluer les symptômes d’anxiété et de dépression des participants. Chaque inventaire comprend 20 items pour lesquels les jeunes âgés de 7 à 18 ans doivent indiquer à quel point chaque déclaration s’applique à eux depuis les deux dernières semaines. Les inventaires de dépression et d’anxiété présentent une excellente cohérence interne ($\alpha > 0,84$) et une bonne fidélité ($r > 0,73$) dans la population adolescente (Steer, Kumar, Ranieri et Beck, 1998). La version francophone canadienne de ces inventaires a été utilisée dans cette étude (Pearson Canada Assessment, 2005).

2.3.4 Guides du soi

Le Test des guides du soi (traduit du *The Integrated Self-Discrepancy Index* (Hardin et Lakin, 2009)) mesure les croyances à propos de soi ainsi que les écarts entre les guides du soi. Chaque participant devait inscrire cinq mots qui décrivent les attributs, c’est-à-dire des traits de personnalité ou caractéristiques personnelles, qu’il espère (soi idéal), devrait (soi obligé) et craint (soi craint) posséder. Après avoir inscrit des attributs pour chaque guide de soi, une liste d’attributs était montrée au participant. Cette liste d’attributs a été traduite à partir d’une liste validée comprenant 32 attributs (c.à.d. des traits de personnalité ou caractéristiques personnelles) positifs et négatifs qu’utilisent les adolescents âgés de 12 à 16 ans pour se décrire (Martins et Calheiros, 2012 ; Silva, Martins et Calheiros, 2016). Chaque participant pouvait ajouter un attribut (s’il n’en avait pas cinq) ou modifier son choix (Hardin et Lakin, 2009). Ceci pouvait venir en aide aux jeunes pour lesquels il était plus difficile de générer des attributs. Ensuite, le participant devait évaluer à quel point l’attribut listé représentait le guide de soi (idéal, obligé ou craint) sur une échelle à 5 points. Les scores des écarts entre les guides de soi étaient calculés à partir de la moyenne des scores rapportés pour les cinq attributs listés de chaque guide de soi. Ces scores représentent le niveau de proximité des guides de

soi, un score élevé signifie une plus grande distance alors qu'un score de 1 signifie une convergence parfaite entre les guides du soi. Les coefficients de cohérence interne se situent entre 0,62 et 0,81 (Hardin et Lakin, 2009). La traduction de la version originale du questionnaire a été effectuée et discutée auprès de six étudiants au doctorat en psychologie.

2.3.5 Soi craint

Le Questionnaire sur le soi craint-adolescent (FSQ-adolescent) est une adaptation à l'adolescence, validée auprès d'experts du TOC et de la santé mentale jeunesse, du Questionnaire sur le soi craint (*Fear of Self Questionnaire*) (Aardema et al., 2013). La cohérence interne de la version à 20 items est très bonne ($\alpha = 0,97$) et celles-ci montrent une forte association avec les symptômes du TOC (Aardema et al., 2013). Plusieurs items ont été ajoutés par les auteurs du questionnaire afin de cibler plusieurs types de soi craint. Une version à 53 items a été administrée aux participants de la présente étude, mais les items de la version à 20 items, qui ont été validés auprès d'adultes, ont été retenus pour effectuer les analyses statistiques. La compréhension des différents items a également été validée auprès de trois jeunes indépendants à cette étude. Des définitions et des explications ont été ajoutées afin que l'évaluateur réponde de la même façon lorsque les participants avaient des questions.

2.4 Analyse des données

Étant donné le petit échantillon de participants recrutés dans cette étude ($N = 23$), des analyses non-paramétriques ont été privilégiées. Des corrélations de Spearman ont été effectuées entre les symptômes obsessionnels-compulsifs et le soi craint ainsi qu'entre les écarts entre les guides du soi et les symptômes obsessionnels-compulsifs, anxieux et dépressifs. Afin de déterminer si l'écart soi actuel/soi craint et le niveau du soi craint

différait entre les deux groupes, un test de Mann-Whitney a été effectué pour répondre au troisième objectif de cette étude.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

3.1 Données descriptives

Vingt-trois adolescents (8 garçons et 15 filles) âgés de 12 à 16 ans ($M = 14,13$; $ÉT = 1,29$) ont participé à cette étude. Sept jeunes présentaient des symptômes cliniques de TOC et ont été attribués au groupe clinique alors que les autres (16 jeunes) ont été attribués au groupe contrôle. La sévérité moyenne des symptômes obsessionnels-compulsifs des participants du groupe clinique est modérée ($M = 17,86$; $ÉT = 3,69$). La sévérité moyenne des symptômes anxieux des participants ayant un TOC est légèrement élevée ($M = 23$; $ÉT = 8,83$). La sévérité moyenne des symptômes dépressifs des participants du groupe clinique se situe dans la norme attendue pour leur âge. La sévérité moyenne des symptômes anxieux et dépressifs des participants du groupe contrôle se situe dans la moyenne. Quatre participants du groupe clinique et quatre participants du groupe contrôle ont mentionné prendre une médication de façon régulière ($n = 8$). Sept participants du groupe clinique et deux participants du groupe contrôle ont rapporté avoir vécu au moins un événement particulier, inhabituel, traumatisant ou particulièrement stressant au cours de leur vie qui aurait pu avoir un impact sur leur fonctionnement actuel ($n = 9$). Les moyennes et écarts types pour l'ensemble des variables sont illustrés dans le tableau 3.1.

Tableau 3.1 Données descriptives pour chaque groupe de participants

Données descriptives									
Groupe		Âge	Symptômes obsessionnels- compulsifs	Symptômes anxieux	Symptômes dépressifs	Soi craint	Ecart Soi actuel/Soi idéal	Ecart Soi actuel/Soi obligé	Ecart Soi actuel/Soi craint
Clinique (n = 7)									
	M	14,29	17,86	23	12,14	54,86	2,32	1,75	2,7
	ÉT	0,95	4,3	8,83	7,22	26,32	0,91	0,57	1,13
Contrôle (n = 16)									
	M	14,06	3,69	12,88	8,56	37,88	2,61	2,5	3,37
	ÉT	1,44	3,48	7,75	5,76	11,46	0,56	0,67	0,88

3.2 Analyses principales

Pour répondre au premier objectif qui visait à déterminer si les symptômes obsessionnels-compulsifs sont associés au niveau de soi craint, des corrélations de Spearman ont été effectuées. Les résultats n'indiquent pas de relation significative entre le soi craint et les symptômes obsessionnels compulsifs ($r_s(21) = -0,33, p = 0,12$).

Contrairement à l'hypothèse du deuxième objectif qui postulait qu'un grand écart soi actuel/soi idéal serait associé positivement aux symptômes dépressifs alors qu'un grand écart soi actuel/soi obligé serait associé positivement aux symptômes anxieux, l'écart soi actuel/soi obligé est négativement associé à la sévérité des symptômes anxieux ($r_s(21) = -0,55, p = 0,007$), mais aussi négativement associé à la sévérité des symptômes dépressifs ($r_s(21) = -0,44, p = 0,034$). L'écart soi actuel/soi obligé est aussi négativement associé à la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs ($r_s(21) = -0,47, p = 0,03$). De plus, l'écart soi actuel/soi idéal n'est pas associé aux symptômes dépressifs ($r_s(21) = -0,23, p = 0,29$). La relation soi actuel/soi craint et les symptômes obsessionnels-compulsifs n'est pas significative ($r_s(21) = 0,01, p = 0,951$).

Comme plusieurs associations ne sont pas significatives, des corrélations supplémentaires ont été effectuées afin d'observer les caractéristiques des participants et de possiblement identifier des tendances dans les résultats. L'intensité des symptômes anxieux est associée à la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs ($r_s(21) = 0,46, p = 0,03$) et des symptômes dépressifs ($r_s(21) = 0,71, p < 0,001$). Ces résultats indiquent que plus un participant présente des symptômes anxieux sévères, plus il a des symptômes obsessionnels-compulsifs et des symptômes dépressifs sévères. Par ailleurs, la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs est fortement et positivement associée au fait d'avoir vécu un événement stressant au cours de la vie ($r_s(21) = 0,7, p < 0,001$).

Étant donné l'absence de relation significative entre les variables d'intérêt, des corrélations de Pearson avec bootstrap ont été effectuées afin de voir si ces analyses permettraient de mieux répondre aux objectifs de cet essai doctoral. Les résultats de ces analyses secondaires ne sont cependant pas plus concluants.

3.3 Analyses secondaires

Contrairement à l'hypothèse du troisième objectif qui postulait que les jeunes ayant un TOC rapporteraient une plus grande présence et importance de leur soi craint et un plus petit écart soi actuel/soi craint que les participants du groupe contrôle, les résultats au test de Mann-Whitney indiquent que le niveau de soi craint ($U = 33,5; p = 0,13; r = 0,22$) et l'écart soi actuel/soi craint ($U = 38,5; p = 0,24; r = 0,17$) ne diffèrent pas entre les deux groupes, tel qu'illustré dans le Tableau 3.2.

Comme les analyses secondaires ne sont pas concluantes, des analyses subséquentes exploratoires ont été effectuées afin d'explorer d'autres différences entre les groupes. Les participants du groupe clinique rapportent un plus petit écart soi actuel/soi obligé ($U = 21,5; p = 0,02; r = 0,34$), indiquant ainsi qu'il y a une plus petite discordance entre la perception d'eux-mêmes et la perception de ce qu'ils se croient obligés d'être ($M = 1,75; ET = 0,57$) que chez les participants du groupe contrôle ($M = 2,49; ET = 0,67$). Aucune différence entre les groupes n'a été trouvée pour l'écart soi actuel/soi idéal. Les participants du groupe clinique rapportent un plus haut niveau de symptômes anxieux ($M = 23; ET = 8,83$) que les participants du groupe contrôle ($M = 12,88; ET = 7,48$) ($U = 21,5; p = 0,02; r = 0,34$). Aucune différence quant à la sévérité des symptômes dépressifs n'a été trouvée.

Tableau 3.2. Comparaison des variables entre les deux groupes

	Groupe clinique		Groupe contrôle		<i>U</i> (23)	<i>p</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>			
Symptômes obsessionnels-compulsifs	17,86	4,3	3,69	3,48	0,00	<0,001	0,55
Symptômes anxieux	23	8,83	12,88	7,75	21,5	0,02	0,34
Symptômes dépressifs	12,14	7,22	8,56	5,76	34,5	0,15	0,21
Soi craint	54,86	26,32	37,88	11,46	33,5	0,13	0,22
Écart Soi actuel/Soi idéal	2,32	0,91	2,61	0,56	48,5	0,61	0,07
Écart soi actuel/Soi obligé	1,75	0,57	2,5	0,67	21,5	0,02	0,34
Écart soi actuel/Soi craint	2,7	1,13	3,37	0,88	38,5	0,24	0,17

3.4 Analyses tertiaires

Des analyses supplémentaires ont été effectuées afin de documenter la nature du soi craint des participants à cette étude. Les attributs utilisés par les participants pour décrire leur soi craint ont été classés en cinq catégories ; dangereux/immoral, dépressif/anxieux, rejeté, imparfait et autre, conformément à la méthode utilisée par Ferrier et Brewin (2005). La classification a été réalisée par trois étudiantes en psychologie. La moyenne et l'écart-type pour chaque catégorie d'attributs est illustrée dans le tableau 3.3. Un test de Mann-Whitney a été réalisé afin d'explorer la présence de différences entre les groupes. Les résultats montrent que le soi craint des participants ayant un TOC était davantage décrit comme ayant l'impression d'être rejeté que celui des participants du groupe contrôle ($U = 26; p = 0,03; r = 0,32$). La différence entre les groupes pour la description du soi craint imparfait approche le seuil de signification, laissant croire que les jeunes qui ont un TOC décrivent davantage leur soi craint comme étant imparfait que les jeunes du groupe contrôle ($U = 33; p = 0,11; r = 0,24$). Aucune autre différence entre les groupes n'a été trouvée.

Tableau 3.3 Attributs décrivant le soi craint selon les deux groupes de participants

	Groupe clinique		Groupe contrôle		<i>U</i> (23)	<i>p</i>	<i>r</i>
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>			
Soi craint dangereux	0,86	1,07	1,38	0,96	37	0,17	0,2
Soi craint dépressif/anxieux	0,14	0,378	0,56	0,89	42	0,25	0,17
Soi craint rejeté	1,14	0,69	0,44	0,63	26	0,03	0,32
Soi craint imparfait	1,86	1,07	1,06	1,06	33	0,11	0,24
Autre	0,71	1,11	0,63	0,81	56	1	0

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Cet essai doctoral visait à explorer les guides du soi, incluant le soi craint, auprès d'adolescents afin de dresser un portrait du soi chez les jeunes ayant un TOC. Le premier objectif était d'examiner la relation entre le soi craint et la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs chez des adolescents âgés de 12 à 16 ans. Contrairement à notre hypothèse, il n'y avait pas d'association significative entre les symptômes obsessionnels-compulsifs et le soi craint. Les résultats actuels ne permettent pas d'appuyer ceux d'études précédentes énonçant que la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs est associée positivement au niveau de soi craint chez l'adulte (Aardema et al., 2013 ; Aardema et al., 2019 ; Melli et al., 2016). Il est cependant important de noter que le niveau moyen du soi craint pour les participants du groupe clinique était similaire à celui observé chez les adultes présentant un TOC (p.ex., Melli et al., 2016; Sauvageau et al., 2020). Ainsi, un manque de puissance statistique, étant donné la faible taille d'échantillon, explique probablement l'absence d'association entre les symptômes obsessionnels-compulsifs et le niveau de soi craint.

Le deuxième objectif de cet essai doctoral était de vérifier le lien entre l'écart soi actuel/soi idéal et soi actuel/soi obligé et les symptômes dépressifs et anxieux des jeunes. Contrairement à notre hypothèse basée sur les résultats chez l'adulte, l'écart soi actuel/soi idéal n'était pas associé aux symptômes dépressifs des participants. L'hypothèse concernant l'écart soi actuel/soi obligé était qu'il serait associé aux symptômes anxieux. Non seulement, cette hypothèse n'est pas confirmée mais elle est

infirmée puisque l'écart soi actuel/soi obligé est associé négativement aux symptômes anxieux ainsi qu'aux symptômes dépressifs. Ces résultats ne concordent pas avec les résultats de la récente méta-analyse de Mason et collaborateurs (2019) portant sur 70 études chez participants âgés entre 14 et 77 ans ($M = 26,43$; $ÉT = 14,01$). Ces derniers ont montré qu'il n'y avait pas d'association spécifique entre l'écart soi actuel/soi idéal et les symptômes dépressifs et entre l'écart soi actuel/soi obligé et les symptômes anxieux. Dans cette méta-analyse, les écarts soi actuel/soi idéal et soi actuel/soi obligé étaient tous les deux associés positivement à la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux, et l'association était plus importante pour l'écart soi actuel/soi idéal. Il est possible que d'autres variables modèrent la relation entre les guides du soi et les symptômes dépressifs ou anxieux. Stevens, Holmberg, Lovejoy et Pittman (2014) ont montré que l'écart soi actuel/soi idéal prédit l'intensité des symptômes dépressifs seulement chez les adultes qui présentent un haut niveau de raisonnement verbal abstrait et une pensée opérationnelle formelle ($n = 162$). Il est donc possible que les participants de l'étude actuelle ne présentaient pas les capacités de raisonnement cognitif nécessaires pour que les écarts entre les guides du soi soient associés aux conséquences émotionnelles souvent retrouvées dans la littérature scientifique. Bien que les jeunes prennent conscience des guides du soi à la préadolescence (9-11 ans), la plupart ressent les effets des écarts entre eux un peu plus tard, à l'adolescence (Higgins, 1989; Oosterwegel et Oppenheimer, 2002). Certains auteurs postulent que les écarts entre les guides du soi génèrent davantage de conséquences émotionnelles et motivationnelles vers la fin de l'adolescence, à partir de 14-16 ans (Hankin, Roberts et Gotlib, 1997; Knox et al., 2000). Puisque les études effectuées chez les mineurs ciblent généralement des adolescents âgés de 14 ans et plus, il est possible que l'âge des participants de la présente étude ait influencé les résultats obtenus. En plus des capacités cognitives, il se peut que le stade de développement identitaire des participants ait influencé leur capacité à générer des attributs pour les différents guides du soi. En effet, en s'appuyant la théorie du développement identitaire de James Marcia (1980), il est postulé que les individus qui sont encore au stade moratoire, c'est-à-dire

qu'ils explorent plusieurs rôles sociaux sans toutefois s'engager pleinement, génèrent davantage de soi possibles que ceux qui sont très engagés dans différents rôles sociaux (Dunkel, 2000). Par ailleurs, les résultats d'analyses secondaires ont montré que les participants du groupe contrôle rapportent un plus grand écart soi actuel/soi obligé que les participants du groupe clinique. Cela signifie donc que les participants du groupe contrôle perçoivent une plus grande discordance entre ce qu'ils sont et ce qu'ils se croient obligés d'être, sans pour autant rapporter plus de symptômes anxieux que les participants présentant un TOC. Il est possible que les participants du groupe clinique se conforment davantage aux normes, valeurs exigences familiales et culturelles que les participants du groupe contrôle et se contraignent par des standards et des règles perçues de leur entourage. Ceci est cohérent avec les traits de personnalité souvent observés chez les personnes ayant un TOC telle que la tendance à suivre strictement les règles (p.ex., Abramowitz, McKay et Taylor, 2011).

Le troisième objectif de cet article était de comparer le niveau de soi craint et l'écart entre soi actuel/soi craint auprès d'adolescents ayant ou non un TOC. Bien que les résultats trouvés ne permettent toutefois pas de différencier les deux groupes quant à leur niveau de soi craint ni quant à leur écart soi actuel/soi craint, il est à considérer la différence entre les groupes quant au niveau de soi craint approche le seuil statistique ($p = 0,13$). Ceci peut s'expliquer par la compréhension des concepts illustrés, mais également par la large diversité de soi craint. En effet, le type d'obsessions et de compulsions peut être lié à différents types de soi craint. Récemment, Aardema et collaborateurs (2019) ont mentionné que le Questionnaire sur le Soi Craint (*Fear of Self Questionnaire*) est davantage sensible pour les obsessions répugnantes, qui sont liées à la sexualité, la moralité ou la violence (« Je suis peut-être une personne violente »), ou de contamination mentale, qui correspondent à une impression d'être contaminé ou sale en l'absence de contact direct avec un contaminant (« avoir une image d'agression me dégoûte à l'intérieur »). Toutefois, le Questionnaire sur le Soi Craint ne serait pas suffisamment sensible pour les obsessions de contamination physique, de

vérification ou de sentiment « juste correct » (*feeling just right*). Chez les jeunes, les obsessions les plus fréquentes sont la contamination physique, les obsessions liées à l'agressivité et aux catastrophes (p.ex., maladie ou mort) (Geller et al., 2001; Selles, Storch et Lewin, 2014). Les auteurs du questionnaire s'intéressent actuellement à un plus large éventail de soi craint qui permettrait de décrire le soi craint de plusieurs sous-types de TOC. Le Questionnaire sur le soi craint -Version multidimensionnelle (FSQ-MV) est présentement en cours de validation et évalue plusieurs perceptions de soi craintes : le Soi Craint Coupable, le Soi Craint Corrompu et le Soi Craint Déformé (Aardema, Radomsky, Moulding, Wong, Bourguignon et Giraldo-Meara, 2020). Le Soi Craint Corrompu a été identifié comme étant le meilleur prédicteur des symptômes obsessionnels-compulsifs (Aardema et al., 2020). Les auteurs ont postulé que le TOC permettrait de protéger les perceptions de soi des sources de corruption internes. Ainsi, il est possible que les participants recrutés dans la présente étude ne possédaient pas le type d'obsessions pour lesquelles le Questionnaire sur le Soi Craint (version originale) est particulièrement sensible. Il serait pertinent d'explorer les différents types de soi craint, dont le Soi Craint Corrompu, davantage précisé et défini, auprès des adolescents qui ont un TOC, à l'aide de la nouvelle version du questionnaire.

Il est possible que la nature du soi craint soit différente entre les groupes d'âge. En effet, Ferrier et Brewin (2005) ont montré que la nature du soi craint d'adultes qui ont un TOC diffère des adultes qui ont un trouble anxieux ou aucun trouble de santé mentale. Les résultats des analyses tertiaires ont permis de documenter le choix des attributs utilisés pour décrire le soi craint des participants de la présente étude. Le soi craint des participants ayant un TOC était davantage décrit comme ayant l'impression d'être rejeté ou imparfait que celui des participants du groupe contrôle. Ce résultat diffère de la nature du soi craint des adultes qui ont un TOC qui est décrit comme dangereux et immoral (Ferrier et Brewin, 2005). Il est donc possible qu'à l'adolescence, l'acceptation sociale et la stigmatisation constituent ce qui est le plus redouté par les jeunes ayant un TOC. Plusieurs conséquences sociales souvent associées au TOC

pendant l'enfance. Parmi 151 enfants ($M = 11,8$ ans) ayant un TOC, 37 % ont rapporté avoir des difficultés à se faire des amis et 43 % ont mentionné avoir des difficultés à s'engager dans des activités sociales (Piacentini, Bergman, Keller et McCracken, 2003). De plus, le fait de vivre de l'intimidation expliquerait partiellement le lien entre la sévérité du TOC et le sentiment de solitude auprès de 52 enfants ($F(1,49) = 4,5$, $p = 0,05$) comparativement à des enfants sans TOC (Storch et al., 2006). Récemment, Wong et collaborateurs (2020) ont montré que la manipulation de scénarios liés au soi craint entraîne davantage une augmentation des perceptions du soi craint chez les plus jeunes adultes (> 18 ans) que chez ceux plus âgés. Il semble que les jeunes adultes soient plus propices à avoir une perception de soi incertaine et plus vulnérable (Steinberg, 2017). Les auteurs ont postulé que les personnes qui vivent une transition ou un changement dans leur vie seraient plus sensibles aux manipulations affectant la perception d'eux-mêmes. Il en va de même pour l'adolescence, qui est une période développementale lors de laquelle les jeunes acquièrent une perception d'eux-mêmes plus détaillée et intégrée (Harter, 1990). Néanmoins, le niveau moyen du soi craint observé dans cet échantillon est similaire à celui retrouvé dans les études effectuées auprès d'adultes (p.ex., Audet, 2017; Krause, Wong, O'Meara, Aardema et Radomsky, 2020; Wong et al., 2020). Il est possible de croire que les adolescents ont été en mesure d'identifier leur soi craint, mais que la faible taille d'échantillon ait nui à la puissance statistique. Il demeure important d'évaluer les guides du soi dans le développement de la personnalité et dans la cristallisation des difficultés psycho-affectives.

Les résultats de cet essai doctoral montrent que l'intensité des symptômes obsessionnels-compulsifs est associée positivement au fait d'avoir vécu un événement difficile au cours de la vie. Tous les participants du groupe clinique ont rapporté avoir vécu au moins un événement stressant ou difficile tel que de l'intimidation ou du rejet, la séparation de leurs parents, des conflits parentaux, la mort d'un proche et un déménagement. De plus en plus d'études s'intéressent au lien entre les événements traumatiques, et même le trouble de stress post-traumatique (TSPT), et le

développement du TOC (p.ex., Huppert et al., 2005; Sadock, Sadock et Ruiz, 2015). Lafleur et collaborateurs (2011) ont montré que 6 % des enfants qui ont un TOC ($n = 17$) présentent un TSPT et que la prévalence pour le TPST est plus élevée chez les jeunes ayant un TOC ($n = 263$) que chez les jeunes du groupe contrôle ($n = 151$). Le fait d'avoir vécu un événement traumatique prédit des obsessions plus intrusives et dérangeantes ainsi que des compulsions plus dérangeantes et difficiles à résister (Lafleur et al., 2011). Aucune différence n'a été trouvée quant aux sous-types de TOC en lien avec les traumas. Barzilay et collaborateurs (2019) ont montré que les symptômes obsessionnels-compulsifs (sous-cliniques) sont associés au fait d'avoir vécu des événements stressants et traumatiques chez des jeunes âgés de 11 à 21 ans ($n = 7054$). Cette relation est encore plus forte chez les filles et chez les plus jeunes participants (8 à 10 ans) (Barzilay et al., 2019). L'association entre le fait d'avoir vécu un événement traumatique ou difficile et les symptômes obsessionnels-compulsifs peut être expliquée de différentes façons. D'abord, il est possible que les symptômes obsessionnels-compulsifs se développent après avoir vécu un événement difficile tel un moyen de faire face aux émotions générées par les souvenirs traumatiques (p.ex., Gershuny, Radomsky, Wilson et Jenike, 2003). Les symptômes obsessionnels-compulsifs peuvent procurer un sentiment de contrôle et une impression de sécurité à la personne qui vit de l'anxiété ou des symptômes dépressifs après un événement traumatique. Le fait d'avoir vécu un événement difficile pourrait aussi rendre une personne davantage vulnérable à douter d'elle-même dans un domaine précis (domaine sensible du soi). Les attributions qu'elle porte en lien avec l'événement traumatique peut aussi teinter ses croyances dysfonctionnelles et, ultimement, son soi craint. Par exemple, une personne qui a vécu un accident et qui croit qu'elle aurait pu agir différemment dans la situation pourrait être envahie par cette perception d'elle-même qu'elle craint d'être ou de devenir (« je suis une personne insouciant ou irresponsable »). Davantage d'études documentant le lien entre les symptômes obsessionnels-compulsifs et les symptômes traumatiques sont nécessaires pour mieux comprendre les mécanismes qui les lient.

La thérapie basée sur les inférences (TBI) a été montrée efficace pour diminuer la présence et l'importance du soi craint chez des adultes ayant un TOC (pour une revue de la littérature voir Julien, O'Connor et Aardema (2016)). Les exercices inclus dans la TBI visent à élargir la connaissance de soi et à développer une identité plus authentique et réaliste de la personne qui a un TOC (O'Connor et Aardema, 2012). La TBI utilise le narratif du TOC qui appuie la crainte d'être ou de devenir un type de personne (c'est-à-dire le soi craint) afin de démontrer qu'il est essentiellement basé sur des possibilités imaginées plutôt que sur des faits réels. Ultiment, la personne apprend à utiliser ses points de repères et les preuves de la réalité pour se définir et pour résoudre ses doutes obsessionnels (O'Connor et Aardema, 2012). Cette thérapie a été adaptée pour les enfants âgés de 12 à 16 ans et montre des effets prometteurs pour diminuer la sévérité des symptômes du TOC (Bombardier, Blanchet, Leclerc, Berthiaume, Fontaine et O'Connor, 2018). Bien que les résultats de la présente étude ne permettent pas d'appuyer les hypothèses posées, il est important de noter qu'au plan clinique, cette thérapie montre une efficacité encourageante. Celle-ci constitue une alternative aux thérapies classiques comme la thérapie cognitive-comportementale avec prévention de la réponse (TCC avec EPR). En effet, plus de la moitié des enfants qui suivent une TCC avec EPR tendent à ne pas y répondre ou à y répondre partiellement, c'est-à-dire qu'il y a qu'une légère diminution des symptômes du TOC (Öst, Riise, Wergeland, Hansen et Kvale, 2016; Peris, Sugar, Bergman, Chang, Langlely et Piacentini, 2012; Storch et al., 2008). Selon certains chercheurs, les principales raisons qui expliquent cette faible réponse sont que la TCC avec EPR ne cible pas les déclencheurs du TOC, mais seulement les comportements compulsifs (O'Connor et Aardema, 2012; O'Connor, Aardema et Pélissier, 2005). Ces comportements compulsifs sont travaillés par le biais d'exercices d'exposition lors desquels les jeunes doivent tolérer l'anxiété occasionnée par les obsessions sans éviter la situation ou faire une compulsion. Les exercices d'exposition génèrent une forte anxiété et sont parfois abandonnés (taux d'attrition entre 17,8% et 27 %), car les enfants et les adolescents croient que des conséquences désastreuses surviendront (Mcguire,

Piacentini, Lewin, Brennan, Murphy et Storch, 2015; Öst et al., 2016; Storch et al., 2008). En plus de pallier les limites de la TCC avec EPR, la TBI s'est avérée particulièrement efficace pour les adultes ayant un TOC qui ont une forte conviction envers leurs croyances obsessionnelles et un faible niveau d'introspection, qui constituent des facteurs aggravants du TOC (O'Connor et al., 2005 ; Visser et al., 2015).

Limites

Dans le but d'expliquer l'absence de relation significative entre les symptômes obsessionnels-compulsifs et le soi craint et l'absence de différence entre les groupes quant au soi craint et à l'écart soi actuel/soi craint, il est nécessaire de prendre en considération que la taille des groupes étudiés était petite. Plusieurs spécificités cliniques liées à la population visée peuvent expliquer les difficultés de recrutement. D'abord, avec une prévalence se situant entre 0,5 % et 2 % chez les enfants et adolescents, il est plus difficile d'avoir accès à cette population. Malgré l'affiliation avec le Centre multiservices de santé et de services sociaux Rivière-des-Prairies, plusieurs jeunes qui rencontraient les critères d'inclusion et d'exclusion pour l'étude présentaient aussi de nombreux autres troubles de santé mentale (p.ex., épisodes psychotiques, trouble alimentaire) ce qui compliquait la possibilité de participer au projet de recherche, car leurs besoins de services étaient imminents. Le TOC étant un trouble de santé mentale chronique et incapacitant, les personnes qui en souffrent tendent à retarder le moment pour consulter ce qui entraîne souvent une hausse de la sévérité des symptômes et dès lors, un besoin pour une prise en charge formelle et rapide. Plusieurs personnes qui souffrent d'un TOC vivent aussi beaucoup de honte associée à la nature de leurs obsessions (p.ex., obsession à caractère violent ou immoral) et hésitent à en parler, craignant la réaction de leur interlocuteur. Une réplification avec un échantillon plus large est requise en augmentant considérablement le nombre de sites de recrutement. Il pourrait être pertinent d'effectuer un recrutement dans des services de première ligne en santé mentale comme les CLSC ou bien les milieux

scolaires. Un échantillon de 60 jeunes (30 participants dans chacun des groupes) aurait permis d'obtenir une puissance statistique de 80 %, un alpha de 0,05 ainsi qu'une taille d'effet de 0,65 et aurait optimiser les chances de détecter des différences entre les groupes.

La procédure d'attribution des groupes constitue une limite à cette étude. L'attribution des participants était basée sur la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs évalués à partir d'une entrevue semi-structurée. Bien que tous les participants aient été évalués, il serait préférable qu'une évaluation approfondie des symptômes soit effectuée afin d'assurer une séparation plus claire entre les groupes.

Une autre limite importante de cette étude provient des deux questionnaires, non validés auprès d'un grand nombre d'adolescents, qui ont été utilisés. Puisque les items du Questionnaire sur le Soi Craint provenaient de la version pour adultes, il est possible que ceux-ci s'appliquent moins à la réalité des jeunes présentant un TOC ou qu'ils sont plus ardues à comprendre pour eux. Étant donné les résultats contradictoires aux hypothèses de recherche, il est possible que la complétion du Test des guides ait pu être altérée par le manque de vocabulaire ou les difficultés de compréhension de la définition des guides du soi. Le Test des guides du soi, inspiré par Hardin et Lakin (2009), intègre à la fois une composante idiographique et une composante nomothétique. Cette façon d'évaluer les guides du soi a surtout été utilisée auprès d'étudiants universitaires. Quelques études ont évalué les perceptions de soi des adolescents, mais avec la version originale du Questionnaire des guides du soi de Higgins, Klein et Strauman (1985) (p.ex., Hankin et al., 1997; Papadakis, Prince, Jones et Strauman, 2006). Cette version du questionnaire n'a pas été utilisée dans la présente étude étant donné que plusieurs lacunes ont été soulevées auparavant (p.ex., Tangney et al., 1998). Par ailleurs, Wong et collaborateurs (2020) ont récemment modifié le Test des guides du soi avant de l'utiliser auprès d'universitaires, âgés de 18 à 48 ans. Ils ont modifié l'administration du test en fournissant d'emblée une liste de 28 traits pour

chaque guide de soi afin de faciliter la complétion. Les participants devaient évaluer à quel point l'attribut listé représente le guide de soi (idéal, obligé ou craint) sur une échelle à 5 points. Cette différente version serait plus sensible pour détecter les états liés au soi craint (Wong et al., 2020). Comme les participants de l'étude actuelle montraient des difficultés à identifier des attributs variés et en quantité suffisante, il pourrait être utile et pertinent d'utiliser cette version auprès des adolescents dans des recherches futures.

La présente étude n'utilisait qu'une seule question pour évaluer la présence d'événements difficiles et stressants, il est donc indispensable d'effectuer d'autres études qui évaluent de façon directe et précise la présence de symptômes traumatiques chez les jeunes qui ont un TOC.

Malgré les limites de cette étude, certaines forces peuvent être identifiées. D'abord, il s'agit, à notre connaissance, de la première étude à évaluer le soi craint et les guides du soi chez les adolescents. Ces différents concepts ont été évalués auprès de jeunes présentant des symptômes obsessionnels-compulsifs cliniques et auprès d'adolescents sans TOC. Cette méthode a ainsi permis de faire certaines comparaisons entre ces groupes. Finalement, les résultats obtenus permettent d'identifier plusieurs pistes de réflexion pour les recherches futures.

CONCLUSION

En somme, en s'appuyant sur les études antérieures, il apparaît de plus en plus clair que le soi craint est déterminant dans le développement et le maintien du TOC. Sur le plan clinique, les personnes qui présentent un TOC, incluant les adolescents, semblent avoir une vision imaginée et erronée d'eux-mêmes. Cette perception de soi les amène à douter d'eux-mêmes et de ce qu'ils pourraient faire, ce qui alimente leur niveau de confusion et l'intensité de leurs doutes obsessionnels. Cette vision erronée d'eux-mêmes est si dérangeante qu'il est pratiquement inconcevable pour eux de cesser ou de résister au sentiment d'urgence de faire une compulsion. C'est d'ailleurs pourquoi la confusion inférentielle et le soi craint constituent le cœur de la TBI.

L'ambivalence face à l'identité et le fait de craindre d'être ou devenir un type de personne redouté (soi craint) rend une personne plus vulnérable à développer des doutes obsessionnels dans certains domaines de sa vie. De plus, l'adolescence est une période marquée de changements et d'évolution lors de laquelle l'identité s'approfondit et se solidifie. Sachant que les personnes qui vivent une transition ou un changement dans leur vie sont plus sensibles aux manipulations affectant la perception d'eux-mêmes, la présente étude visait à explorer le soi craint des adolescents ayant un TOC.

Bien que les résultats de cette étude n'aient pas permis d'appuyer les données de la littérature scientifique, certains constats peuvent être tirés. D'abord, les adolescents sont en mesure d'identifier leur soi craint, mais il semble pour l'instant difficile de distinguer les jeunes qui présentent un TOC à ceux qui n'en présentent pas sur cette variable. La nature du soi craint semble différer selon l'âge des individus. Le soi craint

des adolescents ayant un TOC est possiblement plus influencé par l'acceptation sociale et la peur d'être stigmatisé. Pour des études futures, il serait pertinent d'utiliser des questionnaires validés qui permettraient d'assurer une meilleure validité des résultats et d'ultimement répondre à cet objectif. Un devis de recherche longitudinal permettrait d'évaluer le développement et l'évolution du soi craint dans le temps dès l'apparition de symptômes obsessionnels-compulsifs. Ce type de devis pourrait documenter le changement dans la nature du soi craint. Par ailleurs, les résultats de cette étude montrent que le fait d'avoir vécu un événement difficile ou traumatique est associé aux symptômes obsessionnels-compulsifs. Cette association, qui doit être davantage approfondie, peut signifier que le fait d'avoir vécu un événement difficile rend une personne plus vulnérable à douter d'elle-même dans différents domaines de sa vie. Néanmoins, le lien entre le soi craint et les symptômes traumatiques reste à être documenter. L'adolescence et le début de l'âge adulte étant des périodes de transition qui peuvent augmenter les vulnérabilités sur le plan de l'identité, il semble nécessaire de considérer les habiletés de raisonnement cognitif et le stade identitaire des jeunes pour documenter leur perception d'eux-mêmes. Somme toute, il apparaît important de documenter davantage les guides du soi et leurs conséquences psycho-affectives chez cette population.

APPENDICE A

QUESTIONNAIRE SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE

QUESTIONNAIRE DE PRÉÉVALUATION
Clinique d'intervention troubles anxieux

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : _____
 Prénom : _____
 Âge : _____ Date de naissance : _____ Sexe : F M
 Lieu naissance : _____
 Adresse : _____
 Ville/province : _____ Code postal : _____
 Tél. résidence : () _____ Tél: cellulaire : () _____

IMPORTANT : Les renseignements contenus dans ce rapport sont régis par le code déontologique du secret professionnel.

École

Année scolaire en cours :

Secondaire : 1 2 3 4 5

Histoire médicale

Quand votre enfant a-t-il eu son dernier examen médical ?

Date : _____ Médecin : _____

Poids actuel : _____ Taille : _____

Quels sont les résultats :

Normal Problème de santé Lequel ? _____ Autre _____

QUESTIONNAIRE DE PRÉÉVALUATION
Clinique d'intervention troubles anxieux (CITA)
 86-200-173 (20XX-XX)
 DOSSIER MÉDICAL

Est-ce que votre enfant a déjà eu une hospitalisation ? Oui Non

Si oui, date : _____ Médecin : _____

Hôpital : _____ Durée d'hospitalisation : _____

Âge de l'enfant à ce moment : _____ ans _____ mois

Motif : _____

Est-ce que votre enfant a déjà eu une intervention chirurgicale ? Oui Non

Si oui, date : _____ Médecin : _____

Hôpital : _____ Durée d'hospitalisation : _____

Âge de l'enfant à ce moment : _____ ans _____ mois

Motif : _____

Est-ce que votre enfant a déjà eu des maladies ou autres problèmes physiques importants (ex. : convulsions, épilepsie, blessure grave ou accident, problème neurologique, maladie récurrente, etc.) ?

Oui Non

Est-ce que votre enfant prend actuellement des médicaments ? Oui Non

Si oui, lesquels ? : _____

Posologie : _____

* Joindre le profil pharmacologique (demander à votre pharmacien)

10

Histoire des comportements problématiques en lien avec le motif de consultation

Est-ce qu'il y a des événements particuliers, inhabituels, traumatisants ou particulièrement stressants au cours de la vie de l'enfant qui pourraient avoir un impact sur son fonctionnement actuel ?

Oui Non

Si oui, spécifiez :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Déménagement | <input type="checkbox"/> Recomposition familiale |
| <input type="checkbox"/> Séparation des parents/conjoints | <input type="checkbox"/> Perte d'ami |
| <input type="checkbox"/> Changement d'école | <input type="checkbox"/> Mortalité |
| <input type="checkbox"/> Début de l'école | <input type="checkbox"/> Maladie |
| <input type="checkbox"/> Perte d'emploi / changement | <input type="checkbox"/> Naissance de frère / sœur |
| <input type="checkbox"/> Pauvreté | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |
| <input type="checkbox"/> Perte d'un parent | |

Veillez ajouter ici vos commentaires ainsi que toute situation non mentionnée dans le questionnaire que vous jugez pertinente.

Date

X _____
Signature

APPENDICE B

CHILDREN'S YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE

Children's Yale-Brown
Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)
Version française

Developpée par Wayne K. Goodman, Lawrence H. Price, Steven A. Rasmussen, Mark A. Riddle, Judith L. Rapoport, du Département de Psychiatrie et du Centre d'Étude de l'Enfant, Yale University School of Medicine; Département de Psychiatrie, Brown University School of Medicine; et Child Psychiatry Branch, National Institute of Mental Health.

Droits d'auteurs 1986 par W.K. Goodman. Reproduite dans *OCD in Children and Adolescents: A Cognitive-Behavioral Treatment Manual* de John S. March et Karen Mulle.

Traduite par Anick Laverdure et Marie-Claude Péliissier; Centre de Recherche Fernand-Seguin, 2007.

INSTRUCTIONS GÉNÉRALES

Résumé

Cette échelle vise à évaluer la sévérité des symptômes obsessionnels et compulsifs chez les enfants et les adolescents âgés entre 6 et 17 ans. Elle peut être administrée par un clinicien ou par un évaluateur sous la forme d'une entrevue semi-structurée. En général, les scores dépendent des renseignements fournis par l'enfant et le parent, mais le score final est basé sur le jugement clinique de l'évaluateur. Évaluez les caractéristiques observées pour chaque item durant la dernière semaine en incluant le moment de l'entrevue. Les scores devraient refléter la moyenne de chaque item pour la semaine au complet, à moins d'indication contraire.

Informateurs

Les renseignements devraient être recueillis en interrogeant séparément le(s) parent(s) (ou le tuteur) et l'enfant. Les stratégies d'entrevue peuvent varier selon l'âge et le niveau de développement de l'enfant ou de l'adolescent. Toutes les informations recueillies devraient être mises en commun afin d'estimer le score de chaque item. Lorsque le CY-BOCS est administré plusieurs fois à un même enfant, comme lors d'un essai de médication, il est conseillé de rencontrer le(s) même(s) informateur(s), d'une fois à l'autre, afin d'assurer la cohérence des renseignements obtenus.

Définitions

Avant de commencer à poser les questions de l'entrevue, définissez les termes «obsessions» et «compulsions» à l'enfant et au(x) parent(s) tel que suggéré ci-dessous (parfois, surtout avec les enfants plus jeunes, l'évaluateur peut préférer utiliser les termes «inquiétudes» et «rituels»).

«Les obsessions sont des pensées, des idées ou des images qui te viennent souvent en tête même si tu ne le veux pas. Elles peuvent être déplaisantes, bizarres ou gênantes.»

«Un exemple d'obsession peut être la pensée répétitive que des microbes ou de la saleté te fait du mal ou en fait aux autres, ou que quelque chose de déplaisant pourrait t'arriver ou arriver à quelqu'un d'important pour toi, comme un membre de ta famille. Ces pensées reviennent sans arrêt.»

«Les compulsions sont des comportements que tu sens que tu dois faire même si tu sais que ce n'est pas logique. Tu peux parfois essayer d'arrêter de les faire, mais ça peut te paraître impossible. Tu peux ressentir de l'inquiétude, de la colère ou de la frustration jusqu'à ce que tu aies terminé ces comportements.»

«Un exemple de compulsion peut être le besoin de se laver les mains encore et encore même si elles ne sont pas vraiment sales, ou le besoin de compter jusqu'à un certain nombre pendant que tu fais quelque chose.»

«As-tu des questions sur ce que les mots «obsessions» et «compulsions» veulent dire?»

Sévérité et Continuité des symptômes

Dans certains cas, il peut être difficile de différencier les obsessions et les compulsions d'autres symptômes associés comme les phobies, les pensées anxieuses, les ruminations dépressives ou les tics complexes. Il peut être nécessaire d'évaluer ces symptômes séparément. Même si cela peut s'avérer difficile, l'évaluateur a pour tâche essentielle de distinguer les obsessions et les compulsions des symptômes associés. (nous ne pouvons discuter dans le cadre de cette introduction d'une procédure à suivre pour y parvenir) Toutefois, nous avons marqué d'un astérisque les items pour lesquels cette distinction pourrait être moins évidente.

Une fois que l'évaluateur inclut ou non une obsession ou une compulsion sur la liste de symptômes présentés, une attention particulière devrait être apportée à cette liste lors des évaluations subséquentes, afin d'en préserver la cohérence. Ainsi, dans une étude comportant plus d'une évaluation des symptômes obsessionnels, il pourrait être utile de réviser la Liste des Symptômes Cibles initiale (voir plus loin) au début de chaque évaluation (sans toutefois modifier les scores de sévérité calculés lors des évaluations antérieures).

Procédure

Liste des symptômes. Après avoir revu avec l'enfant et le(s) parent(s) les définitions d'obsessions et de compulsions, l'évaluateur devrait procéder à une enquête détaillée des symptômes de l'enfant à l'aide de la Liste des Compulsions et de la Liste des Obsessions. Il pourrait ne pas être nécessaire de poser des questions à propos de chacun des items de la liste, mais chaque catégorie de symptômes devra être couverte afin de s'assurer de ne pas oublier de symptômes. Pour la plupart des enfants et des adolescents, il est habituellement plus facile de commencer avec l'évaluation des compulsions.

Liste des Symptômes Cibles. Après avoir complété la Liste des Compulsions, rapportez les quatre compulsions les plus sévères sur la Liste des Symptômes Cibles. Répétez le processus en énumérant les obsessions les plus sévères sur la Liste des Symptômes Cibles.

Évaluation de la Sévérité. Après avoir complété la Liste des Compulsions, celle des Obsessions et la Liste des Symptômes Cibles, évaluez la sévérité des items, c'est-à-dire : le *temps consacré*, la *détresse*, la *résistance*, l'*interférence* et le *degré de contrôle*. Des exemples de questions sont fournis pour chacun des items. La cotation de ces items devrait refléter l'estimation la plus juste de l'ensemble des informations disponibles à l'évaluateur, en mettant l'accent sur les Symptômes Cibles. Répétez la procédure avec les obsessions. Finalement, évaluez et complétez les questions 11 à 19. Les scores doivent être entrés sur la feuille de réponse. *Tous les scores devraient être des nombres entiers.*

Cotation

Les 19 items sont évalués; cependant, seuls les items 1 à 10 sont utilisés dans le calcul du score total. Le score total du CY-BOCS est donc la somme des items 1-10; les sous-totaux *Obsessions* et *Compulsions* sont respectivement la somme des items 1-5 et 6-10. À cette étape-ci, les items 1B et 6B ne sont pas utilisés.

Les items 17 (sévérité globale) et 18 (amélioration globale) ont été adaptés du Clinical Global Impression Scale (Guy, 1976) afin de fournir des mesures du fonctionnement global de l'enfant, entravé par la présence de symptômes obsessionnels-compulsifs.

LISTE DES OBSESSIONS DU CY-BOCS

Nom: _____ Code du participant: _____

Date: _____ Évaluateur : _____

Cochez tous les symptômes qui s'appliquent. (Les items marqués d'un "*" peuvent être liés au TOC ou non).

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Obsessions de contamination</i>
		Préoccupation liée à la saleté, aux microbes, ou à certaines maladies (ex.: SIDA)
		Préoccupation ou dégoût lié aux déchets ou aux sécrétions corporelles (ex.: urine, fèces, salive)
		Préoccupation excessive liée aux éléments contaminants dans l'environnement (ex.: amiante, radiations, déchets toxiques)
		Préoccupation excessive liée aux éléments touchant la maison (ex.: détergents, solvants)
		Préoccupation excessive liée aux animaux ou aux insectes
		Perturbation liée aux substances collantes ou poisseuses
		Préoccupation liée à l'idée d'être malade à cause de la contamination
		Préoccupation liée à l'idée de provoquer une maladie chez les autres par la contamination (agressivité)
		Préoccupation pour la contamination uniquement liée à la sensation physique désagréable et non pas pour un danger quelconque *
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Obsessions à theme agressif</i>
		Peur de se faire du mal
		Peur de faire du mal aux autres
		Peur que quelque chose de terrible lui arrive
		Peur que quelque chose de terrible arrive aux autres (peut être à cause de quelque chose qu'il a fait ou qu'il n'a pas fait)
		Images de violence ou d'horreur
		Peur de laisser échapper des obscénités ou des insultes
		Peur de faire quelque chose d'impulsif et d'embarrassant *
		Peur d'agir sous des impulsions non voulues (ex.: poignarder un membre de sa famille)
		Peur de voler quelque chose
		Peur d'être responsable d'un événement terrible (ex.: feu, cambriolage, inondation)
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Obsessions sexuelles</i>
		(As-tu des pensées à propos de la sexualité? Si oui, sont-elles habituelles ou sont-elles des pensées répétitives que tu préférerais ne pas avoir ou que tu trouves dérangeantes? Si elles ne sont pas habituelles, quelles sont-elles?)
		Impulsions, images ou pensées perverses ou interdites à propos de la sexualité
		Le contenu a trait à l'homosexualité *
		Comportement sexuel envers les autres (agressivité)
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Obsessions de collection, d'accumulation</i>
		Peur de perdre des choses
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Pensée magique / Obsessions superstitieuses</i>
		Numéros, couleurs, mots chanceux / malchanceux
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Obsessions somatiques</i>
		Préoccupation excessive liée à la maladie *
		Préoccupation excessive liée à une partie du corps ou à l'apparence physique (ex.: peur d'une dysmorphie corporelle) *
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Obsessions religieuses (scrupulosité)</i>
		Préoccupation excessive ou peur d'offenser un objet religieux (Dieu)
		Préoccupation excessive avec le bien / le mal, moralité
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Obsessions diverses</i>
		Besoin de savoir ou de se souvenir
		Peur de dire certaines choses
		Peur de ne pas dire exactement ce qu'il faut
		Images intrusives (non violentes)
		Sons, mots, musique ou nombre intrusif
		Autre (décrivez): _____

LISTE DES COMPULSIONS DU CY-BOCS

Cochez tous les symptômes qui s'appliquent. (Les items marqués d'un "*" peuvent être liés au TOC ou non).

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Compulsions de lavage / nettoyage</i>
		Lavage des mains ritualisé ou excessif
		Toilette ritualisée ou excessive (douche, bain, brossage de dents, cheveux, etc.)
		Nettoyage excessif d'objets tels que des vêtements ou des objets importants
		Mesures supplémentaires pour supprimer le contact avec des éléments contaminants
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Compulsions de vérification</i>
		Vérifier les serrures, jouets, livres / objets scolaires, etc.
		Vérifier pendant qu'il se lave, s'habille ou se déshabille
		Vérifier qu'il n'a pas fait de mal aux autres ou qu'il ne leur en fera pas
		Vérifier qu'il ne s'est pas fait de mal ou qu'il ne s'en fera pas
		Vérifier que rien de terrible n'est arrivé ou n'arrivera
		Vérifier qu'il n'a commis aucune erreur
		Vérification liée aux obsessions somatiques
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Rituels de répétition</i>
		Relire, effacer ou réécrire
		Besoin de répéter des activités routinières (ex.: entrer / sortir d'une pièce, s'asseoir / se lever d'une chaise)
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Compulsions de comptage</i>
		Objets, certains nombres, mots, etc.
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Compulsions d'ordre / de rangement</i>
		Besoin de symétrie / d'égalité (ex.: aligner des objets d'une certaine façon ou arranger des objets selon un patron prédéfini)
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Compulsions de collection</i> (à distinguer des passe-temps qui concernent des objets de valeur monétaire ou sentimentale)
		Difficulté à jeter des objets, conserver des bouts de papier ou de corde, etc.
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Jeux excessifs / Comportements superstitieux</i> (à distinguer des jeux fantastiques appropriés pour le groupe d'âge)
		(ex.: comportements tels que sauter par-dessus certaines parties du plancher, toucher un objet / soi un certain nombre de fois comme un jeu routinier afin d'empêcher que quelque chose de terrible se produise)
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Rituels impliquant d'autres personnes</i>
		Le besoin d'impliquer une autre personne (habituellement un parent) dans un rituel (ex.: sans cesse poser au parent la même question, demander à la mère de participer aux rituels de repas en utilisant certains ustensiles). *
		Autre (décrivez): _____

<i>Actuel</i>	<i>Passé</i>	<i>Compulsions diverses</i>
		Rituels mentaux (autres que vérifier / compter)
		Besoin de dire, demander ou confesser
		Mesures (autres que vérifier) pour empêcher de se faire du mal
		Mesures (autres que vérifier) pour empêcher de faire du mal aux autres
		Mesures (autres que vérifier) pour empêcher qu'une conséquence catastrophique se produise
		Comportements ritualisés reliés à la nourriture *
		Listes écrites excessives *
		Besoin de toucher, taper, frotter
		Besoin de faire des choses (ex.: toucher, arranger) jusqu'à ce que ce soit correct *
		Rituels impliquant les yeux (cligner des yeux, fixer) *
		Trichotillomanie (s'arracher les poils) *
		Autres comportements destructeurs ou mutilatoires *
		Autre (décrivez): _____

LISTE DES SYMPTÔMES CIBLES

Obsessions (Décrivez les obsessions principales, en les énumérant en ordre de sévérité, 1 étant extrêmement sévère, 2 étant très sévère, etc.):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Compulsions (Décrivez les compulsions principales, en les énumérant en ordre de sévérité, 1 étant extrêmement sévère, 2 étant très sévère, etc.):

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

QUESTIONS SUR LES OBSESSIONS (ITEMS 1-5)

«Je vais maintenant te poser des questions sur les pensées qui te viennent sans cesse en tête.»

(Pour les informateurs, réviser les Symptômes Cibles et référez-vous à ceux-ci en posant les questions 1-5).

1. Temps passé aux obsessions

- Combien de temps passes-tu à penser à ces choses?
(Quand les obsessions sont des intrusions brèves et intermittentes, il peut être impossible d'évaluer en heures l'intervalle de temps où elles sont présentes. Dans ce cas, vous estimerez le temps occupé par les obsessions selon la fréquence à laquelle elles apparaissent. Tenez compte à la fois du nombre d'heures affectées par les obsessions et du nombre de fois où les obsessions apparaissent au cours de la journée).
- À quelle fréquence se présentent ces pensées?
(Soyez certains d'exclure les ruminations et les préoccupations qui, contrairement aux obsessions, sont ego-syntones et rationnelles [mais exagérées].)

0 – Jamais	
1 – Rarement	Moins d'1h/jour ou intrusion occasionnelle
2 – Quelques fois	1 à 3 h/jour ou intrusion fréquente
3 – Souvent	Plus de 3 et jusqu'à 8 h/jour ou intrusion très fréquente
4 – Presque toujours	Plus de 8 h/jour ou intrusion presque constante

1B. Intervalle sans obsession (ne pas additionner au total ou au sous-total)

- En moyenne, quelle est la plus longue période de temps pendant laquelle tu n'es pas dérangé par les pensées obsessionnelles durant la journée?

0 – Presque toujours	
1 – Souvent	Grande période sans symptôme; plus de 8h consécutives/jour sans symptôme
2 – Rarement	Longue période sans symptôme; plus de 3h et jusqu'à 8h consécutives/jour sans symptôme
3 – Quelques fois	Brève période sans symptôme; de 1 à 3h consécutives/jour sans symptôme
4 – Jamais	Moins d'1h/jour sans symptôme

2. Interférence liée aux obsessions

- Dans quelle mesure ces pensées te nuisent-elles quand tu es à l'école ou avec des amis?
- Est-ce qu'il y a des choses que tu ne fais plus à cause de ces pensées?

0 – Aucune	
1 – Légère	Légère interférence dans les activités sociales ou scolaires, mais la performance générale n'est pas affectée
2 – Modérée	Interférence marquée dans la performance sociale ou scolaire, mais encore tolérable
3 – Sévère	Cause un dérangement majeur dans la performance sociale ou scolaire
4 – Extrême	Handicapant

3. Détresse associée aux obsessions

- Dans quelle mesure ces pensées te dérangent-elles?
(Évaluez seulement l'anxiété/frustration qui semble être générée par les obsessions, et non par une anxiété généralisée ou une anxiété associée à d'autres symptômes.)
- | | |
|-----------------|--|
| 0 – Pas du tout | |
| 1 – Un peu | Rarement et pas trop dérangeant |
| 2 – Moyen | Fréquent et dérangeant, mais encore tolérable |
| 3 – Beaucoup | Très fréquent et très dérangeant |
| 4 – Énormément | Détresse/frustration presque constante et handicapante |

4. Résistance aux obsessions

- À quel point fais-tu un effort pour arrêter ou ignorer ces pensées?
(Évaluez seulement l'effort fait à résister, plutôt que le succès ou l'échec à contrôler les obsessions. La mesure de la résistance aux obsessions peut être corrélée ou non à la capacité de contrôler les obsessions. Notez que cet item ne mesure pas directement la sévérité des pensées intrusives, mais plutôt une manifestation de santé, i.e. l'effort du client à contrecarrer les obsessions. Ainsi, plus le client s'efforce de résister, moins son fonctionnement est altéré. Si les obsessions sont minimales, le client peut ne pas ressentir le besoin de leur résister. Dans ce cas, une cote de «0» devrait être attribuée.)
- | | |
|-----------------|---|
| 0 – Pas du tout | Fait un effort pour résister en tout temps ou les symptômes sont si minimes qu'il n'a pas besoin de résister activement |
| 1 – Un peu | Essaie de résister la plupart du temps |
| 2 – Moyen | Fait un effort pour résister |
| 3 – Beaucoup | Cède à toutes les obsessions sans tenter de les contrôler, mais le fait avec hésitation |
| 4 – Énormément | Cède complètement et volontairement à toutes les obsessions |

5. Contrôle sur les obsessions

- Quand tu essaies de combattre les pensées, parviens-tu à les faire disparaître ?
 - Dans quelle mesure as-tu le contrôle sur les pensées?
(Contrairement à l'item précédent sur la résistance, la capacité du client à contrôler ses obsessions est associée à la sévérité des pensées intrusives.)
- | | |
|--------------------------|---|
| 0 – Contrôle complet | |
| 1 – Beaucoup de contrôle | Habituellement en mesure d'arrêter ou de détourner les obsessions avec de l'effort et de la concentration |
| 2 – Contrôle moyen | Parfois en mesure d'arrêter ou de détourner les obsessions |
| 3 – Peu de contrôle | Réussis rarement à arrêter les obsessions; peut difficilement les détourner |
| 4 – Pas de contrôle | Vécues de façon complètement involontaire; rarement en mesure de détourner les pensées, même momentanément. |

QUESTIONS SUR LES COMPULSIONS (ITEMS 6-10)

«Je vais maintenant te poser des questions sur les rituels que tu ne peux t'empêcher de faire.»

(Pour les informateurs, réviser les Symptômes Cibles et référez-vous à ceux-ci en posant les questions 6-10).

6A. Temps passé aux compulsions

- Combien de temps passes-tu à faire ces choses?
- Dans quelle mesure est-ce que tu mets plus de temps que les autres pour compléter tes activités quotidiennes à cause des rituels?

(Quand les compulsions sont des comportements brefs et intermittents, il peut être impossible d'évaluer en heures l'intervalle de temps durant lequel ils sont accomplis. Dans ce cas, vous estimerez le temps occupé par les compulsions selon la fréquence à laquelle ils sont accomplis. Tenez compte à la fois du nombre d'heures affectées par les compulsions et du nombre de fois où les compulsions sont accomplies au cours de la journée).

- À quelle fréquence fais-tu ces rituels?

(Dans la majorité des cas, les compulsions sont des comportements observables [ex., se laver les mains], mais il peut arriver qu'elles ne soient pas visibles [ex., vérification silencieuse].)

0 – Jamais

1 – Rarement Passe moins d'1h/jour à faire des compulsions ou exécution occasionnelle des comportements compulsifs

2 – Quelques fois Passe de 1 à 3h/jour à faire des compulsions ou exécution fréquente des comportements compulsifs

3 – Souvent Passe plus de 3 et jusqu'à 8 h/jour à faire des compulsions ou exécution très fréquente des comportements compulsifs

4 – Presque toujours Passe plus de 8 h/jour à faire des compulsions ou exécution presque constante des comportements compulsifs (trop nombreux pour les compter)

6B. Intervalle sans compulsion

- Combien de temps peux-tu passer sans faire de compulsions? (Si nécessaire, demandez: «Quelle est la plus longue période de temps pendant laquelle tes rituels/compulsions étaient absents?»)

0 – Presque toujours

1 – Souvent Grande période sans symptôme; plus de 8h consécutives/jour sans symptôme

2 – Rarement Longue période sans symptôme; plus de 3h et jusqu'à 8h consécutives/jour sans symptôme

3 – Quelques fois Brève période sans symptôme; de 1 à 3h consécutives/jour sans symptôme

4 – Jamais Moins d'1h/jour sans symptôme

7. Interférence liée aux compulsions

- Dans quelle mesure ces rituels te nuisent-ils à l'école ou avec des amis?
- Est-ce qu'il y a des choses que tu ne fais plus à cause de ces rituels?

0 – Aucune

1 – Légère Légère interférence dans les activités sociales ou scolaires, mais la performance générale n'est pas affectée

2 – Modérée Interférence marquée dans la performance sociale ou scolaire, mais encore tolérable

3 – Sévère Cause un dérangement majeur dans la performance sociale ou scolaire

4 – Extrême Handicapant

8. Détresse associée aux compulsions

- Comment te sentirais-tu si on t'empêchait de faire tes rituels?
- À quel point cela te dérangerait-il?
(Évaluez le degré de détresse/frustration que le client vivrait si l'exécution des compulsions était soudainement interrompue sans qu'on le rassure. Dans la majorité des cas, l'exécution des compulsions réduit l'anxiété/frustration.)
- À quel point es-tu anxieux/frustré pendant que tu fais tes rituels, depuis l'instant où tu commences à les faire jusqu'au moment où tu décides de t'arrêter par toi-même ?

0 – Pas du tout

1 – Un peu Un peu anxieux/frustré si les compulsions sont interrompues ou durant l'exécution des compulsions

2 - Moyen Rapporte que l'anxiété/frustration augmenterait, mais serait tolérable si les compulsions étaient interrompues ou durant l'exécution des compulsions

3 – Beaucoup Augmentation marquée et très dérangeante de l'anxiété/frustration si les compulsions étaient interrompues ou durant l'exécution des compulsions

4 – Énormément Anxiété/frustration handicapante découlant de toute intervention visant à modifier l'activité ou durant l'exécution des compulsions

9. Résistance aux compulsions

- À quel point fais-tu un effort pour combattre ces rituels?
(Évaluez seulement l'effort fait à résister aux compulsions, non pas le succès ou l'échec à les contrôler. La mesure de la résistance aux compulsions peut être corrélée ou non à la capacité de contrôler les compulsions. Notez que cet item ne mesure pas directement la sévérité des compulsions, mais mesure plutôt une manifestation de santé, i.e. l'effort du client à contrecarrer les compulsions. Ainsi, plus le client s'efforce de résister, moins son fonctionnement est altéré. Si les compulsions sont minimales, le client peut ne pas ressentir le besoin de leur résister. Dans ce cas, une cote de «0» devrait être attribuée.)
- | | |
|-----------------|---|
| 0 – Pas du tout | Fait un effort pour résister en tout temps ou les symptômes sont si minimes qu'il n'a pas besoin de résister activement |
| 1 – Un peu | Essaie de résister la plupart du temps |
| 2 – Moyen | Fait un effort pour résister |
| 3 – Beaucoup | Cède à presque toutes les compulsions sans tenter de les contrôler, mais le fait à contrecœur |
| 4 – Énormément | Cède complètement et volontairement à toutes les compulsions |

10. Contrôle sur les compulsions

- À quel point ressens-tu le besoin d'exécuter tes rituels?
 - Quand tu essaies de les combattre, qu'arrive-t-il?
(Pour un enfant plus avancé, demandez:)
 - Dans quelle mesure parviens-tu à contrôler tes rituels?
(Contrairement à l'item précédent sur la résistance, la capacité du client à contrôler ses compulsions est associée à la sévérité des compulsions.)
- | | |
|--------------------------|--|
| 0 – Contrôle complet | |
| 1 – Beaucoup de contrôle | Ressent de la pression à devoir exécuter le comportement, mais parvient généralement à le contrôler volontairement |
| 2 – Contrôle moyen | Ressent une forte pression à devoir exécuter le comportement; parvient à le contrôler, mais avec difficulté |
| 3 – Peu de contrôle | Ressent une très forte pression à devoir exécuter le comportement; cette pression le pousse à céder à la compulsion peut la retarder, mais avec difficulté |
| 4 – Pas de contrôle | La pression à exécuter le comportement est irrépressible et complètement envahissante; rarement en mesure de retarder la compulsion (même momentanément) |

11. Prise de conscience des obsessions et des compulsions

- Crois-tu que tes préoccupations et tes comportements sont raisonnables? (pause)
- Qu'arriverait-il si tu ne faisais plus tes compulsions?
- Es-tu convaincu que quelque chose se passerait réellement?

(Évaluez la prise de conscience du client par rapport au caractère insensé ou excessif de ses obsessions et de ses compulsions selon les croyances exprimées durant l'entrevue.)

0 – Pas du tout	Excellente prise de conscience; complètement rationnelle
1 – Un peu	bonne prise de conscience; reconnaît le caractère absurde ou insensé des pensées ou des comportements mais ne semble pas complètement convaincu que seul l'anxiété soit à l'origine de tout ça (i.e., un doute subsiste)
2 – Moyen	Prise de conscience convenable; admet difficilement que les pensées ou les comportements semblent déraisonnables ou excessifs, mais hésite. Peut avoir des peurs irréalistes, mais pas de convictions immuables
3 – Beaucoup	Faible prise de conscience; maintient que les pensées ou les comportements ne sont pas déraisonnables ou excessifs, mais hésite. Peut avoir des peurs irréalistes, mais reconnaît la validité d'une preuve du contraire (i.e., présence d'idées surévaluées)
4 – Énormément	Manque important d'insight; pensée délirante; définitivement convaincu que les préoccupations et les comportements sont raisonnables; insensible aux preuves du contraire

12. Évitement

- Évites-tu de faire des choses, d'aller à des endroits ou d'être avec des gens à cause de tes pensées obsessionnelles ou parce que tu crains de ne pas pouvoir contenir tes compulsions à ce moment là ?

(Si oui, alors demandez:)

- À quel point évites-tu? (Notez ce qu'il y a d'évitement sur la Liste de symptômes)

(Évaluez le degré avec lequel le client essaie délibérément d'éviter des choses. Parfois, les compulsions visent à «éviter» le contact avec quelque chose que le client craint. Par exemple, laver excessivement les fruits et les légumes pour enlever les «germes» serait désigné comme une compulsion et non comme un comportement d'évitement. Si le client arrête de manger des fruits et des légumes, alors on parlerait d'évitement)

0 – Pas du tout	
1 – Un peu	Évitement minime
2 – Moyen	Évitement clairement identifiable
3 – Beaucoup	Évitement marqué et flagrant
4 – Énormément	Évitement majeur; le client fait tout ce qu'il peut pour éviter de déclencher les symptômes

13. Indécision

- As-tu de la difficulté à prendre des décisions à propos de choses qui ne semblent pas tellement préoccuper les autres (ex., quels vêtements porter le matin, quelle sorte de céréales acheter) ?
(Excluez la difficulté à prendre des décisions qui reflète les ruminations. L'ambivalence à propos de choix rationnellement difficiles devrait aussi être exclue.)

0 – Pas du tout

- | | |
|----------------|---|
| 1 – Un peu | Quelques difficultés à prendre des décisions concernant des choses mineures |
| 2 – Moyen | Rapporte librement de la difficulté à prendre des décisions auxquelles les autres ne penseraient pas beaucoup |
| 3 – Beaucoup | Évalue continuellement les pour et les contre de choses minimes |
| 4 – Énormément | Incapable de prendre une décision, handicapant |

14. Responsabilité pathologique

- Te sens-tu trop responsable de ce que tu fais et des effets que peuvent avoir tes actions?
- Te blâmes-tu pour des choses hors de ton contrôle?
- Es-tu convaincu que quelque chose se produirait vraiment?
(Distinguez les sentiments normaux de responsabilité, les sentiments d'incompétence et la culpabilité pathologique. Une personne qui a tendance à trop culpabiliser se voit ou voit ses actions comme «bon» ou «mauvais»)

0 – Pas du tout

- | | |
|----------------|---|
| 1 – Un peu | Le mentionne seulement si questionné; légère sur-responsabilisation |
| 2 – Moyen | Les idées sont énoncées spontanément; clairement présentes; le client vit beaucoup de sur-responsabilisation concernant les événements hors de son contrôle raisonnable |
| 3 – Beaucoup | Les idées sont dominantes; profondément préoccupé par la responsabilité relative à des événements hors de son contrôle; se blâme à outrance et est presque irrationnel |
| 4 – Énormément | Sens de responsabilité délirant (ex., si un tremblement de terre se produit à 3000 km d'ici, le client se blâme parce qu'il n'a pas fait ses compulsions) |

15. Lenteur obsessionnelle

- As-tu de la difficulté à commencer ou à terminer des tâches?
- As-tu plusieurs routines quotidiennes auxquelles tu consacres plus de temps qu'elles le devraient?
(Distinguez le retard psychomoteur secondaire à la dépression. Évaluez le temps passé à faire des activités routinières quand des obsessions spécifiques ne peuvent être identifiées.)

0 – Pas du tout

- | | |
|----------------|---|
| 1 – Un peu | Retard occasionnel pour commencer ou terminer des activités |
| 2 – Moyen | Fréquente prolongation des activités routinières, mais les tâches sont habituellement complétées; souvent en retard |
| 3 – Beaucoup | Difficulté importante et marquée dans l'initiation et la complétion de tâches routinières; habituellement en retard |
| 4 – Énormément | Incapable de commencer ou de compléter des tâches routinières sans aide |

16. Doute pathologique

- Après avoir complété une activité, doutes-tu de l'avoir bien fait?
- Te demandes-tu si tu l'as vraiment fait?
- Quand tu fais des activités routinières, trouves-tu que tu ne fais pas confiance à tes sens (i.e., ce que tu vois, entends ou touches)?

0 – Pas du tout

1 – Un peu Le mentionne seulement si questionné; léger doute pathologique; les exemples donnés s'apparentent à la normale

2 - Moyen Les idées sont énoncées spontanément; clairement présentes et reconnaissables dans certains comportements du client; le client est dérangé significativement par le doute pathologique.; quelques effets sur sa performance, mais encore tolérable

3 – Beaucoup Incertitudes marquées quant à ses perceptions et sa mémoire; le doute pathologique affecte fréquemment sa performance

4 – Énormément Incertitudes constantes quant à ses perceptions ; le doute pathologique affecte sévèrement presque toutes les activités; handicapant (ex., le client dit «mon cerveau ne fait pas confiance à ce que mes yeux voient»)

17. Sévérité globale

Jugement de l'évaluateur sur la sévérité globale du problème du client.

Évaluée de 0 (aucun problème) à 6 (client le plus sévèrement affecté)

(Considérez le niveau de détresse rapporté par le client, les symptômes observés et la détérioration du fonctionnement rapportée. Votre jugement est requis pour faire la moyenne de ces données en plus de qualifier la fiabilité ou l'exactitude des résultats obtenus.)

0 – Aucun problème

1 – Minimale problème minimale, douteux, passager, aucune difficulté de fonctionnement

2 – Légère légère difficulté de fonctionnement

3 – Modérée fonctionne avec effort

4 – Modérée-sévère fonctionnement limité

5 – Sévère fonctionne seulement avec de l'aide

6 – Extrême complètement dysfonctionnel

18. Amélioration globale

Évaluez l'amélioration globale depuis l'évaluation initiale, peu importe si, selon vous, elle est due au traitement.

0 – Très aggravé

1 – Beaucoup aggravé

2 – Minimale aggravé

3 – Aucun changement

4 – Minimale amélioré

5 – Beaucoup amélioré

6 – Très amélioré

19. Fiabilité

Évaluez la fiabilité globale des scores obtenus. Les facteurs pouvant affecter la fiabilité sont la coopération du client et son habileté naturelle à communiquer. Le type et la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs peuvent interférer sur la concentration, l'attention du client et sa propension à parler spontanément (ex., le contenu de certaines obsessions peut faire en sorte que le client choisisse ses mots très minutieusement).

0 – Excellente	aucune raison de croire que les données ne sont pas fiables
1 – Bonne	les facteurs présents pourraient défavorablement affecter la fiabilité
2 – Correcte	les facteurs présents réduisent considérablement la fiabilité
3 – Faible	fiabilité très faible

CHILDREN'S YALE-BROWN OBSESSIVE COMPULSIVE SCALE
Version française

Nom: _____ Code du participant: _____
Date: _____ Évaluateur : _____

	Aucun	Léger	Modéré	Sévère	Extrême		
1. Temps passé aux obsessions	0	1	2	3	4		
1b. Intervalle sans obsessions (ne pas additionner au total ou au sous-total)	Aucun symptôme 0	Long 1	Moyennement long 2	Court 3	Extrêmement court 4		
2. Interférence liée aux obsessions	0	1	2	3	4		
3. Détresse associée aux obsessions	0	1	2	3	4		
4. Résistance	Résiste toujours 0	1	2	3	Cède complètement 4		
5. Contrôle sur les obsessions	Contrôle complet 0	Beaucoup de contrôle 1	Moyennement de contrôle 2	Peu de contrôle 3	Pas de contrôle 4		
<i>Sous-total Obsessions (additionner items 1-5) _____</i>							
	Aucun	Léger	Modéré	Sévère	Extrême		
6. Temps passé aux compulsions	0	1	2	3	4		
6b. Intervalle sans compulsion (ne pas additionner au total ou au sous-total)	Aucun symptôme 0	Long 1	Moyennement long 2	Court 3	Extrêmement court 4		
7. Interférence liée aux compulsions	0	1	2	3	4		
8. Détresse associée aux compulsions	0	1	2	3	4		
9. Résistance	Résiste toujours 0	1	2	3	Cède complètement 4		
10. Contrôle sur les compulsions	Contrôle complet 0	Beaucoup de contrôle 1	Moyennement de contrôle 2	Peu de contrôle 3	Pas de contrôle 4		
<i>Sous-total Compulsions (additionner items 6-10) _____</i>							
	Excellent				Absent		
11. Prise de conscience sur les symptômes OC	0	1	2	3	4		
	Aucun	Léger	Modéré	Sévère	Extrême		
12. Évitement	0	1	2	3	4		
13. Indécision	0	1	2	3	4		
14. Responsabilité pathologique	0	1	2	3	4		
15. Lenteur	0	1	2	3	4		
16. Doute pathologique	0	1	2	3	4		
17. Sévérité globale	0	1	2	3	4	5	6
18. Amélioration globale	0	1	2	3	4	5	6
19. Fiabilité	Excellente : 0	Bonne : 1	Correcte : 2	Faible : 3			

APPENDICE C

LES INVENTAIRES BECK YOUTH-DEUXIÈME ÉDITION : ÉCHELLES D'ANXIÉTÉ ET DE DÉPRESSION

I N V E N T A I R E S

BECK *Youth***Livret combiné**

S.V.P., lisez les instructions qui se trouvent en haut de chaque page.

Renseignements généraux

Nom : _____ Date de naissance : _____
 Date de passation : _____ Lieu : _____
 Sexe : F M Niveau scolaire : _____
 Parent/tuteur : _____ Numéro d'identification : _____

Remarques:

PEARSON

Traduction et adaptation permises. Copyright © 2001 par NCS Pearson, Inc. Traduction française et adaptation canadienne
 copyright © 2002 par NCS Pearson, Inc.

Aucune partie de cette publication ne peut être reproduite ou transmise sous quelque forme que ce soit ou par quelque moyen
 que ce soit, électronique ou mécanique, y compris la photocopie, l'enregistrement ou l'utilisation de systèmes d'emmagasinage
 et de récupération de l'information, sans la permission écrite de l'éditeur. Tous droits réservés. Imprimé au Canada.

Pour commander des Livrets combinés Inventaires Beck Youth, appelez le 1-866-335-8427.

ISBN-10 : 0-7747-5310-2
 ISBN-13 : 978-0-7747-5310-4

Voici une liste de choses que des gens peuvent vivre, penser ou ressentir. Lis chaque phrase attentivement et encerle **le mot** qui te décrit le mieux, spécialement depuis ces deux dernières semaines (Jamais, Parfois, Souvent, Toujours). IL N'Y A PAS DE BONNES NI DE MAUVAISES RÉPONSES.

	0	1	2	3
21. Je m'inquiète que quelqu'un puisse me faire du mal à l'école.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
22. Mes rêves me font peur.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
23. Je m'inquiète lorsque je suis à l'école.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
24. Je pense à des choses qui me font peur.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
25. Je m'inquiète d'être taquiné(e) par les autres.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
26. J'ai peur de faire des erreurs.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
27. Je deviens nerveux(se).	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
28. J'ai peur d'être blessé(e).	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
29. Je m'inquiète d'avoir de mauvais résultats à l'école.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
30. L'avenir m'inquiète.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
31. Mes mains tremblent.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
32. Je m'inquiète à l'idée que je puisse devenir fou/folle.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
33. Je m'inquiète que les gens puissent se mettre en colère contre moi.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
34. Je m'inquiète à l'idée que je puisse perdre le contrôle.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
35. Je suis inquiet(ète).	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
36. J'ai des problèmes de sommeil.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
37. Mon cœur bat fort.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
38. Je deviens mal à l'aise ou tremblant(e).	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
39. J'ai peur qu'il m'arrive quelque chose de mauvais.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
40. J'ai peur de devenir malade.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

Total de la page 2

Voici une liste de choses que des gens peuvent vivre, penser ou ressentir. Lis chaque phrase attentivement et encercle **le mot** qui te décrit le mieux, spécialement depuis ces deux dernières semaines (Jamais, Parfois, Souvent, Toujours). IL N'Y A PAS DE BONNES NI DE MAUVAISES RÉPONSES.

	0	1	2	3
41. Je pense que ma vie est mauvaise.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
42. J'ai de la difficulté à faire des choses.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
43. Je sens que je suis une mauvaise personne.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
44. Je souhaiterais être mort(e).	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
45. J'ai de la difficulté à dormir.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
46. Je sens que personne ne m'aime.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
47. Je pense que des malheurs arrivent à cause de moi.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
48. Je me sens seul(e).	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
49. J'ai mal au ventre.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
50. J'ai le sentiment que de mauvaises choses m'arrivent.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
51. Je me sens naïeux(se).	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
52. Je me prends en pitié.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
53. Je pense que je fais mal les choses.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
54. Je me sens mal par rapport à ce que je fais.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
55. Je me déteste.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
56. Je veux être seul(e).	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
57. J'ai envie de pleurer.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
58. Je me sens triste.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
59. Je me sens vide.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours
60. Je pense que ma vie sera mauvaise.	Jamais	Parfois	Souvent	Toujours

Total de la page 3

APPENDICE D

TEST DES GUIDES DU SOI

Le test des guides du soi

(traduit et adapté du The Integrated Self-Discrepancy Index (Hardin et Lakin, 2009))

Dans le questionnaire suivant, il te sera demandé d'énumérer des attributs/traits de personnalité du type de personne que tu penses *réellement* être, que tu voudrais *idéalement* être, que tu crois que tu *devrais* être et que tu *crains* d'être.

Soi idéal : Le type de personne que tu voudrais idéalement être correspond à *tes croyances concernant les attributs/traits que tu voudrais idéalement posséder; tes buts ultimes pour toi-même. (p.ex., être intelligent, drôle)*

Soi obligé : Le type de personne que tu crois devoir être correspond à *tes croyances concernant les attributs/traits que tu crois que tu devrais posséder ou que tu es obligé de posséder; tes règles morales pour toi-même. (p.ex., être responsable, ponctuel)*

Soi craint : Le type de personne que tu crois que tu crains d'être réfère à *tes croyances concernant les attributs/traits que tu crains d'être ou que tu t'inquiètes d'être; il n'est pas nécessaire que tu aies ces traits, seulement que tu veuilles éviter de les avoir. (p.ex., être agressif, irréfléchi)*

Il n'y a pas de mauvaises réponses ou de mauvais mots, tu peux utiliser tous les mots que tu veux pour décrire ces différents types de soi. Parfois, il est difficile de dire la différence entre ces différents types de soi. Voici un exemple:

Comme exemple de comment l'idéal et le dû sont différents, je peux idéalement vouloir ou espérer être riche un jour, mais je ne crois pas que j'aie le devoir ou que je sois moralement obligé d'être riche. Donc, riche serait un mot qui décrit le type de personne que je voudrais idéalement être, mais ce n'est pas un mot qui décrit le type de personne que je crois devoir être.

Soi idéal

S'il te plaît, énumère 5 attributs/qualités/traits de personnalité que **tu aimerais idéalement être ou posséder**.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Soi obligé

S'il te plaît, énumère 5 attributs/qualités/traits de personnalité que **tu crois que tu devrais posséder**.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Soi craint

S'il te plaît, énumère 5 attributs/défauts/traits de personnalité que **tu crains de posséder ou que tu t'inquiètes de posséder**.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Voici une liste de 32 attributs/qualités. Si tu n'as pas trouvé 5 attributs pour chaque type de soi, tu peux en choisir parmi cette liste. Tu peux aussi modifier ton choix d'attributs si un attribut de cette liste correspond mieux à ce que tu penses.

Liste d'attributs/qualités	
Amical	Calme
Drôle	Organisé
Gentil	Travaillant
Bon	Bien élevé
Joli	Affectueux
Malin	Serviable
Content	Ennuyeux
Intelligent	Distrait
Curieux	Désordonné
Responsable	Méchant
Têtu	Fâché
Paresseux	Triste
Stupide	Craintif
Laid	Solitaire
Timide	Grognon
Mal élevé	Agressif

Traduction libre de : Silva, C. S., Martins, A. C., & Calheiros, M. M. (2016). Development and psychometric properties of the self-representation questionnaire for adolescents (SRQA). *Journal of Child and Family Studies*, 25(9), 2718-2732.

Reprends maintenant les attributs/qualités que tu as énumérés pour le **soi idéal** (voir page 2)

Pour le premier attribut trouvé :

1) À quel point le premier attribut/qualité décrit ton soi idéal en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Pour le deuxième attribut trouvé :

2) À quel point le deuxième attribut/qualité décrit ton soi idéal en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Pour le troisième attribut trouvé :

3) À quel point le troisième attribut/qualité décrit ton soi idéal en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Pour le quatrième attribut trouvé :

4) À quel point le quatrième attribut/qualité décrit ton soi idéal en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Pour le cinquième attribut trouvé :

5) À quel point le cinquième attribut/qualité décrit ton soi idéal en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Reprends maintenant les attributs/qualités que tu as énumérés pour le **soi obligé** (voir page 2)

Pour le premier attribut trouvé :

6) À quel point le premier attribut/qualité décrit ton soi obligé en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Pour le deuxième attribut trouvé :

7) À quel point le deuxième attribut/qualité décrit ton soi obligé en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Pour le troisième attribut trouvé :

8) À quel point le troisième attribut/qualité décrit ton soi obligé en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Pour le quatrième attribut trouvé :

9) À quel point le quatrième attribut/qualité décrit ton soi obligé en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Pour le cinquième attribut trouvé :

10) À quel point le cinquième attribut/qualité décrit ton soi obligé en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Reprends maintenant les attributs/qualités que tu as énumérés pour le **soi craint** (voir page 2)

Pour le premier attribut trouvé :

11) À quel point le premier attribut/qualité décrit ton soi craint en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Pour le deuxième attribut trouvé :

12) À quel point le deuxième attribut/qualité décrit ton soi craint en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Pour le troisième attribut trouvé :

13) À quel point le troisième attribut/qualité décrit ton soi craint en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Pour le quatrième attribut trouvé :

14) À quel point le quatrième attribut/qualité décrit ton soi craint en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

Pour le cinquième attribut trouvé :

15) À quel point le cinquième attribut/qualité décrit ton soi craint en ce moment ?

1	2	3	4	5
S'applique à moi complètement	S'applique à moi beaucoup	S'applique à moi en partie	S'applique peu à moi	Ne s'applique pas du tout à moi

APPENDICE E

QUESTIONNAIRE SUR LE SOI CRAINT-ADOLESCENT

Questionnaire sur le soi craint

Veuillez noter votre niveau d'accord ou de désaccord avec les affirmations ci-dessous en utilisant l'échelle suivante:

Échelle: 1 2 3 4 5 6

Fortement
en désaccord
En
désaccord
Un peu en
désaccord
Un peu en
accord
En
accord
Fortement
en accord

	Réponse (1 à 6)
1. J'ai peur d'être parfois dégoûtant.	
2. J'ai parfois peur que mon identité soit infectée par les autres.	
3. Je remets souvent en question mon propre caractère ; <i>ma personnalité</i> .	
4. Je m'inquiète d'être peut-être une personne désorganisée.	
5. Je dois être très attentif(ve) pour m'assurer que je pense et je me comporte de façon appropriée.	
6. J'ai peur d'être une personne désordonnée.	
7. Je m'inquiète souvent de ce que mes pensées pourraient révéler de mon caractère.	
8. J'ai peur d'être une personne qui ne fait jamais les choses correctement.	
9. J'ai peur d'être peut-être une personne violente.	
10. Je m'inquiète d'être le genre de personne qui gâche toujours tout.	
11. Je peux facilement m'imaginer que je suis une personne qui devrait se sentir coupable.	
12. Je doute d'être le genre de personne qui fait les choses parfaitement.	
13. J'ai parfois peur qu'entrer en contact avec certaines personnes pourrait me ternir. <i>Ternir dans le sens que certaines personnes portent atteinte (nuisent) à ta réputation, à ton honneur.</i>	
14. J'ai parfois peur d'être le genre de personne qui commet des erreurs terribles.	

Échelle: 1 2 3 4 5 6

Fortement en désaccord En désaccord Un peu en désaccord Un peu en accord En accord Fortement en accord

	Réponse (1 à 6)
15. J'ai peur d'être terni. <i>Terni dans le sens d'être déshonoré (perdre ton honneur), de perdre de ta valeur</i>	
16. Je remets souvent en question mon caractère moral (<i>ma perception de ce qui est bien ou mal</i>).	
17. Je doute souvent que je suis une personne responsable.	
18. Je m'inquiète d'être impure.	
19. J'ai peur d'être susceptible de causer des accidents.	
20. Je remets souvent en question ma santé mentale.	
21. J'ai peur d'être insouciant. <i>(insouciant c.-à-d. de ne pas s'occuper des choses ou des autres)</i>	
22. Si les autres me connaissaient vraiment, ils auraient peur.	
23. Je m'inquiète d'être le genre de personne qui fait des choses dégoûtantes.	
24. Je peux facilement m'imaginer comme étant une personne révoltante. <i>(révoltante dans le sens qui sème la colère, la controverse)</i>	
25. J'ai peur de devenir une personne répugnante.	
26. J'ai peur de devenir entaché. <i>Devenir entaché dans le sens d'être dévalué, discrédité</i>	
27. Je remets souvent en question mes propres intentions ou désirs.	
28. Je m'inquiète d'être une personne imprudente.	
29. J'ai parfois peur de regarder à l'intérieur de moi-même car j'ai peur de ce que je pourrais trouver.	
30. J'ai peur d'être une personne irresponsable et négligente.	

Échelle: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6

Fortement En Un peu en Un peu en En Fortement
en désaccord désaccord désaccord accord accord en accord

	Réponse (1 à 6)
31. Je me sens comme si une mauvaise partie de moi-même cherchait toujours à s'exprimer.	
32. Je m'inquiète d'être une personne qui est sans égard pour les autres. <i>Sans égard pour les autres dans le sens qui ne tient pas compte des autres</i>	
33. Je m'inquiète d'être le genre de personne qui pourrait faire des choses très immorales (c.-à-d. de mauvaises choses).	
34. J'ai peur d'être « sale ».	
35. Je m'inquiète souvent d'avoir des intentions négatives cachées à l'intérieur de moi.	
36. J'ai peur de devenir une personne malpropre en étant proche de certaines personnes.	
37. Je m'inquiète d'être le genre de personne qui cause des accidents.	
38. J'ai peur du genre de personne que je pourrais être.	
39. Je m'accuse souvent d'avoir fait quelque chose de mal.	
40. J'ai peur du genre de personne que je pourrais devenir si je ne fais pas très attention.	
41. Je doute souvent que je suis une bonne personne.	
42. Je déteste être une personne irréfléchie.	
43. Je m'inquiète que mes défauts causent du tort aux autres (<i>que mes défauts nuisent aux autres</i>).	
44. J'ai peur de ne pas être toujours attentif.	
45. Je crains que je sois peut-être une personne malpropre.	
46. J'ai peur de devenir le genre de personne que je déteste.	

Échelle: 1 2 3 4 5 6

 Fortement En Un peu en Un peu en En Fortement
 en désaccord désaccord désaccord accord accord en accord

	Réponse (1 à 6)
47. J'ai peur que tout contact avec des personnes folles pourrait déteindre sur moi.	
48. Je sens souvent que je ne montre pas de manière honnête la réalité négative à l'intérieur de moi. <i>(je sens que je cache quelque chose de négatif à l'intérieur de moi)</i>	
49. J'ai peur d'être pourri et infecté de l'intérieur.	
50. Je dois être très prudent afin d'éviter de faire quelque chose d'affreux.	
51. J'ai peur d'être contaminé de l'intérieur vers l'extérieur.	
52. J'ai peur de devenir une personne malade et infectée.	
53. J'ai peur d'être une personne irresponsable qui pourrait faire du mal aux autres.	

Merci d'avoir rempli le questionnaire!

© Frederick Aardema (2016).

APPENDICE F

AFFICHE DE RECRUTEMENT GROUPE CLINIQUE



PARTICIPANTS ADOLESCENTS RECHERCHÉS

Projet de recherche concernant la perception de soi dans le trouble obsessionnel-compulsif chez les adolescents

Objectif de l'étude :

Vous êtes invités à participer à cette étude visant à explorer la présence et l'influence d'une vulnérabilité identitaire dans le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) chez les adolescents. Afin de déterminer si cette vulnérabilité identitaire est caractéristique au TOC, nous avons besoin de participants adolescents qui présentent un TOC.

Critères d'inclusion :

- être âgé entre 12 et 16 ans
- être en mesure de communiquer en français
- avoir un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif

Implication de la participation :

- Un entretien téléphonique préalable qui déterminera l'admissibilité à l'étude
- Autorisation parentale écrite exigée
- Une entrevue d'évaluation pour répondre à des questionnaires (1h30)
- Une paire de billets de cinéma****

POUR PLUS D'INFORMATIONS OU POUR PARTICIPER CONTACTER :

Catherine Dalpé, *Candidate au doctorat à l'Université du Québec à Montréal (UQAM)*

Dirigée par Julie B. Leclerc

dalpe.catherine.4@courrier.uqam.ca



APPENDICE G

AFFICHE DE RECRUTEMENT GROUPE CONTRÔLE



UQAM

PARTICIPANTS ADOLESCENTS RECHERCHÉS

Projet de recherche concernant la perception de soi dans le trouble obsessionnel-compulsif chez les adolescents

Objectif de l'étude :

Vous êtes invités à participer à cette étude visant à explorer la présence et l'influence d'une vulnérabilité identitaire dans le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) chez les adolescents. Afin de déterminer si cette vulnérabilité identitaire est caractéristique au TOC, nous avons besoin de participants adolescents qui ne présentent pas ce trouble de santé mentale.

Critères d'inclusion :

- être âgé entre 12 et 16 ans
- être en mesure de communiquer en français
- ne pas avoir un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif

Implication de la participation :

- Un entretien téléphonique préalable qui déterminera l'admissibilité à l'étude
- Autorisation parentale exigée
- Une entrevue d'évaluation pour répondre à des questionnaires (1h30)
- **Une paire de billets de cinéma****

Pour plus d'informations ou pour participer contacter :

Catherine Dalpé, *Candidate au doctorat en psychologie profil scientifique-professionnel à l'Université du Québec à Montréal (UQAM)*

Dirigée par Julie B. Leclerc

dalpe.catherine.4@courrier.uqam.ca



APPENDICE H

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT GROUPE CLINIQUE

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
du Nord-de-
l'Île-de-Montréal**

Québec 

Réservé au CÉR CIUSSS NIM
Projet N° : MP-HRDP-17-14P
Date : 21 novembre 2019

Approuvé :



FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (groupe clinique)

Bonjour, votre adolescent est invité à participer à un projet de recherche. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement. Il se peut que cette lettre contienne des mots ou des expressions que vous ne compreniez pas ou que vous ayez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à nous en faire part. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider.

Titre du projet : Études des processus cognitifs liés au soi, impliqués dans le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) chez les adolescents

Chercheur principal : Julie Leclerc, M.Ps., Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et chercheure au Centre de recherche Fernand-Seguin et au centre de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Étudiant-chercheur: Catherine Dalpé

Programme d'études : Doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel) à l'Université du Québec à Montréal

Adresse courriel : catherine.letepe@gmail.com

Téléphone : 514-377-1548

1. Description du projet

Une vulnérabilité identitaire semble caractériser les adultes qui présentent un TOC et celle-ci serait déterminante dans le traitement à leur proposer. Toutefois, aucune étude n'a jamais documenté cette vulnérabilité identitaire chez les adolescents.

Votre adolescent est invité à prendre part à ce projet visant à évaluer la présence et le lien entre une vulnérabilité identitaire et les symptômes obsessionnels-compulsifs chez les adolescents âgés entre 12 et 16 ans. Cette étude vise également à comparer cette vulnérabilité identitaire auprès d'adolescents ayant ou non un TOC. Les retombées de

cette étude visent à élargir les connaissances quant à cette vulnérabilité identitaire importante et possiblement distinctive dans le TOC chez les adolescents. Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre d'une thèse de doctorat sous la direction de Julie B. Leclerc, professeure au département de psychologie à l'Université du Québec à Montréal.

2. Procédure de l'étude

La participation à l'étude implique pour votre adolescent une entrevue d'évaluation avec un auxiliaire de recherche du Laboratoire d'études des troubles de l'ordre la psychopathologie en enfance (LETOPE). Lors de cette rencontre, votre adolescent devra répondre à cinq questionnaires. Le premier est un questionnaire recueillant les données sociodémographiques de l'adolescent; le deuxième est un questionnaire évaluant la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs; le troisième évalue les symptômes d'anxiété et de dépression; le quatrième mesure les écarts entre les différents guides du soi; et le dernier évalue le soi redouté. Cette rencontre aura une durée approximative de 1h30. Nous comptons également enregistrer la séance d'évaluation afin de s'assurer de la conformité de la passation des questionnaires. La rencontre d'évaluation pourra être réalisée dans un local au Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (CRIUSMM) ou à l'Hôpital Rivière-des-Prairies.

De plus, si votre adolescent suit la thérapie Maître à Bord jusqu'à la fin du programme, il sera invité à effectuer une deuxième rencontre d'évaluation après la thérapie. Lors de cette deuxième rencontre d'évaluation, deux questionnaires seront administrés à votre adolescent pour une durée approximative de 30 minutes.

Consultation du dossier clinique :

Il est possible que votre adolescent ait déjà complété une rencontre d'évaluation avec une psychologue de la CITA. Dans ce cas, certaines informations nécessaires à ce projet telles que les caractéristiques personnelles de votre adolescent (âge, sexe, historique médicale) devraient avoir été évaluées au moyen de questionnaires, dont un questionnaire sociodémographique et le Children's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS). Avec votre autorisation, nous consulterons les résultats de votre adolescent à ces deux questionnaires plutôt que d'en refaire la passation. Ceci écourtera la durée de la première entrevue d'évaluation d'environ 45 minutes. De plus, si votre adolescent reçoit la thérapie Maître à Bord, il devra compléter des calepins d'auto-observation quotidiennement conformément au déroulement de la thérapie. Avec votre autorisation, nous consulterons les données recueillies dans les calepins d'auto-observation afin de documenter l'évolution des symptômes obsessionnel-compulsifs au cours de la thérapie.

3. Risques et inconvénients

Il n'y a pas de risque associé à la participation de votre adolescent à ce projet. Les déplacements et le temps des rencontres d'évaluation constituent les inconvénients du projet. Néanmoins, soyez assuré que le responsable du projet demeurera attentif à toute manifestation d'inconfort chez votre adolescent durant sa participation. Dans le cas échéant, l'évaluation pourrait être arrêtée.

Si l'évaluateur a des soupçons quant à une problématique quelconque non connue de l'hôpital Rivière-des-Prairies, ou qu'une découverte fortuite est faite, le participant sera dirigé vers une personne ressource à l'hôpital Rivière-des-Prairies.

4. Avantages de la participation au projet

En participant à cette étude, votre adolescent contribuera à l'avancement de la recherche sur le TOC chez les jeunes. Les données recueillies grâce à ce projet permettront de dresser un portrait de la perception de soi et d'une vulnérabilité identitaire sous-jacente au TOC. Cette meilleure compréhension des mécanismes impliqués dans le TOC permettront de guider les traitements pour les adolescents.

5. Compensation

Une compensation à la participation via une paire de billets de cinéma sera offerte à tous les participants de cette étude.

6. Modalités prévues en matière de confidentialité

Il est entendu que les renseignements recueillis auprès de votre adolescent sont confidentiels dans la date limite prévue par la loi. Un numéro de code sera utilisé pour relier le nom de votre adolescent à son dossier de recherche. Seules les personnes impliquées dans l'étude (étudiant-chercheur, directrice de thèse, auxiliaires de recherche) pourront avoir accès à ce dossier de recherche.

Les résultats obtenus dans cette étude ainsi que l'enregistrement audio de l'évaluation seront gardés strictement confidentiels. Les données personnelles obtenues à propos des participants dans cette étude seront conservées pendant 10 ans dans un classeur verrouillé au CRIUSMM et seuls les responsables de l'étude y auront accès. Les enregistrements et les données seront détruits dix ans après les dernières publications.

Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche à une personne représentante de l'Établissement ou au comité d'éthique de la recherche du CIUSSS NIM à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Ces personnes et organismes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

De plus, en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, si nous avons un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un adolescent participant à la recherche est compromis, parce qu'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence, nous sommes tenu de le déclarer au directeur de la protection de la jeunesse. L'intervenant ou le médecin du jeune sera consulté préalablement. Vous pouvez, en tout temps, demander au chercheur de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis à votre sujet et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou les établissements détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

Avec votre permission, nous aimerions que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de destruction, dans le cadre de quelques (1 ou 2) projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes approché aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité du chercheur principal et seront autorisés par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

7. Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats individuels de votre adolescent ne vous seront pas communiqués, à moins d'une découverte importante pour sa santé. Les résultats généraux de la présente étude seront publiés dans des articles ou des communications scientifiques.

Aucune information permettant d'identifier votre adolescent ne sera divulguée. Si vous le souhaitez, vous pourrez avoir accès aux résultats généraux de cette étude lorsque les articles seront publiés par le biais du site Internet du Centre d'études des troubles obsessionnels-compulsifs et les tics via le <http://www.iusmm.ca/cetoc.html>

8. Responsabilité du chercheur

S'il survenait un incident dû à la participation de votre adolescent à cette recherche, vous pourrez faire valoir tous les recours légaux garantis par les lois en vigueur au Québec, sans que cela n'affecte en rien les soins qui seraient autrement prodigués à votre adolescent. La participation de votre adolescent ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

9. Liberté de participation et droit de retrait

La participation de votre adolescent à ce projet est volontaire. Cela signifie que même si vous consentez aujourd'hui à ce que votre adolescent participe à cette recherche, il

. Ce retrait n'occasionnera aucun préjudice à la qualité des traitements et des liens avec le médecin et l'équipe clinique de l'Hôpital

l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet

oute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-Montréal (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal) au (514) 384-2000, poste 3316 ou au commissaire.plaintes.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Nord l'Île

modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de

Consentement signatures

En tant que parent ou représentant de _____, je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à ce que mon adolescent participe à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante. Je certifie que le projet a été expliqué à mon adolescent et qu'il accepte d'y participer sans contrainte ou pression de qui que ce soit. Je comprends que sa participation à cette recherche est totalement volontaire et qu'il peut y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Je peux également décider, pour des motifs que je n'ai pas à justifier, de retirer mon adolescent du projet.

Nom de l'adolescent (lettres moulées)	Signature de l'adolescent	Date
--	---------------------------	------

Nom du représentant légal de l'adolescent (lettres moulées)	Signature	Date
--	-----------	------

J'accepte que les renseignements fournis soient utilisés dans le cadre de quelques projets de recherche ultérieurs visant à approfondir les connaissances sur les processus cognitifs impliqués dans le TOC chez les adolescents, avant leur destruction.

Nom de l'adolescent (lettres moulées)	Signature de l'adolescent	Date
--	---------------------------	------

Nom du représentant légal de l'adolescent (lettres moulées)	Signature	Date
---	-----------	------

Formule d'engagement du chercheur ou de la personne qu'elle a déléguée :

Je, soussigné(e), déclare par la présente avoir expliqué à l'adolescent ci-haut mentionné et à son parent les objectifs et le contenu du projet de recherche ainsi que les implications et les droits associés à sa participation.

Nom de l'étudiant-chercheur	Signature	Date
Catherine Dalpé	_____	_____
Courriel : catherine.letope@gmail.com		

Nom de la directrice de la recherche	Signature	Date
Julie B. Leclerc	_____	_____
Courriel : leclerc.julie@uqam.ca		

Ce formulaire sera conservé au Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. Un exemplaire du formulaire de consentement signé doit être remis aux parents de l'adolescent.

APPENDICE I

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT GROUPE CONTRÔLE

Réservé au CÉR CIUSSS NIM

Projet N° : MP-HRDP-17-14P

Date : 21 novembre 2019

Approuvé : 

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT (groupe contrôle)

Bonjour, votre adolescent est invité à participer à un projet de recherche. Il est important de bien lire et comprendre le présent formulaire d'information et de consentement. Il se peut que cette lettre contienne des mots ou des expressions que vous ne compreniez pas ou que vous ayez des questions. Si c'est le cas, n'hésitez pas à nous en faire part. Prenez tout le temps nécessaire pour vous décider.

Titre du projet : Étude des processus cognitifs liés au soi, impliqués dans le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) chez les adolescents

Chercheur principal : Julie Leclerc, M.Ps., Ph.D., professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et chercheure au Centre de recherche Fernand-Seguin et au centre de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (CIUSSS NIM)

Étudiant-chercheur : Catherine Dalpé

Programme d'études : Doctorat en psychologie (Profil scientifique-professionnel) à l'Université du Québec à Montréal

Adresse courriel : catherine.letepe@gmail.com

Téléphone : 514-377-1548

1. Description du projet

Une vulnérabilité identitaire semble caractériser les adultes qui présentent un TOC et celle-ci serait déterminante dans le traitement à leur proposer. Toutefois, aucune étude n'a jamais documenté cette vulnérabilité identitaire chez les adolescents.

Votre adolescent est invité à prendre part à ce projet visant à évaluer la présence et le lien entre une vulnérabilité identitaire et les symptômes obsessionnels-compulsifs chez les adolescents âgés entre 12 et 16 ans. Cette étude vise également à comparer cette vulnérabilité identitaire auprès d'adolescents ayant ou non un TOC. Les retombées de cette étude visent à élargir les connaissances quant à cette vulnérabilité identitaire

importante et possiblement distinctive dans le TOC chez les adolescents. Ce projet de recherche est réalisé dans le cadre d'une thèse de doctorat sous la direction de Julie B. Leclerc, professeure au département de psychologie à l'Université du Québec à Montréal.

La participation d'adolescents qui ne présentent pas de TOC est nécessaire pour effectuer des comparaisons avec ceux qui en ont un.

2. Procédure de l'étude

La participation à l'étude implique pour votre adolescent une entrevue d'évaluation avec un auxiliaire de recherche du Laboratoire d'études des troubles de l'ordre la psychopathologie en enfance (LETOPE). Lors de cette rencontre, votre adolescent devra répondre à cinq questionnaires. Le premier est un questionnaire recueillant les données sociodémographiques de l'adolescent; le deuxième est un questionnaire évaluant la sévérité des symptômes obsessionnels-compulsifs; le troisième évalue les symptômes d'anxiété et de dépression; le quatrième mesure les écarts entre les différents guides du soi; et le dernier évalue le soi redouté. Cette rencontre aura une durée approximative de 1h30. Nous comptons également enregistrer la séance d'évaluation afin de s'assurer de la conformité de la passation des questionnaires. La rencontre d'évaluation pourra être réalisée dans un local au Centre de recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal (CRIUSMM).

3. Risques et inconvénients

Il n'y a pas de risque associé à la participation de votre adolescent à ce projet. Les déplacements et le temps des rencontres d'évaluation constituent les inconvénients du projet. Néanmoins, soyez assuré que le responsable du projet demeurera attentif à toute manifestation d'inconfort chez votre adolescent durant sa participation. Dans le cas échéant, une liste de ressources psychologiques vous sera remise et l'évaluation sera arrêtée.

Aucune évaluation diagnostique n'est incluse dans ce projet de recherche. Si l'évaluateur a des soupçons quant à une problématique quelconque ou qu'une découverte fortuite est faite au cours de l'évaluation, le participant sera dirigé vers les services appropriés.

4. Avantages de la participation au projet

En participant à cette étude, votre adolescent contribuera à l'avancement de la recherche sur le TOC chez les jeunes. Les données recueillies grâce à ce projet permettront de dresser un portrait de la perception de soi et d'une vulnérabilité identitaire sous-jacente au TOC. Cette meilleure compréhension des mécanismes impliqués dans le TOC permettront de guider les traitements pour les adolescents.

5. Compensation

Une compensation pour la participation via une paire de billets de cinéma sera donnée à tous les participants de cette étude.

6. Modalités prévues en matière de confidentialité

Il est entendu que les renseignements recueillis auprès de votre adolescent sont confidentiels dans la limite prévue par la loi. Un numéro de code sera utilisé pour relier le nom de votre adolescent à son dossier de recherche. Seules les personnes impliquées dans l'étude (étudiant-chercheur, directrice de thèse, auxiliaires de recherche) pourront avoir accès à ce dossier de recherche.

Les résultats obtenus dans cette étude ainsi que l'enregistrement audio de l'évaluation seront gardés strictement confidentiels. Les données personnelles obtenues à propos des participants dans cette étude seront conservées pendant 10 ans dans un classeur verrouillé au CRIUSMM et seuls les responsables de l'étude y auront accès. Les enregistrements et les données seront détruits dix ans après les dernières publications. Il est possible que nous devions permettre l'accès aux dossiers de recherche à une personne représentante de l'Établissement ou au comité d'éthique de la recherche du CIUSSS NIM à des fins de vérification ou de gestion de la recherche. Ces personnes et organismes adhèrent à une politique de stricte confidentialité.

De plus, en vertu de la *Loi sur la protection de la jeunesse*, si nous avons un motif raisonnable de croire que la sécurité ou le développement d'un adolescent participant à la recherche est compromis, parce qu'il est victime d'abus sexuels ou est soumis à des mauvais traitements physiques par suite d'excès ou de négligence, nous sommes tenu de le déclarer au directeur de la protection de la jeunesse.

Vous pouvez, en tout temps, demander au chercheur de consulter votre dossier de recherche pour vérifier les renseignements recueillis à votre sujet et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que le chercheur responsable du projet ou les établissements détiennent ces informations. Cependant, afin de préserver l'intégrité scientifique du projet, il est possible que vous n'ayez accès à certaines de ces informations qu'une fois votre participation à la recherche terminée.

Avec votre permission, nous aimerions que les renseignements que vous fournirez soient utilisés, avant la date prévue de destruction, dans le cadre de quelques (1 ou 2) projets de recherche qui porteront sur les différentes facettes du thème pour lequel vous êtes approché aujourd'hui. Ces projets éventuels seront sous la responsabilité du chercheur principal et seront autorisés par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Nord-

de l'Île-de-Montréal. L'équipe de recherche s'engage à maintenir et à protéger la confidentialité de vos données aux mêmes conditions que pour le présent projet.

7. Diffusion des résultats de la recherche

Les résultats individuels de votre adolescent ne vous seront pas communiqués, à moins d'une découverte importante pour sa santé.

Les résultats généraux de la présente étude seront publiés dans des articles ou des communications scientifiques. Aucune information permettant d'identifier votre adolescent ne sera divulguée. Si vous le souhaitez, vous pourrez avoir accès aux résultats généraux de cette étude lorsque les articles seront publiés par le biais du site Internet du Centre d'études des troubles obsessionnels-compulsifs et les tics via le

<http://www.iusmm.ca/cetoc.html>

8. Responsabilité du chercheur

S'il survenait un incident dû à la participation de votre adolescent à cette recherche, vous pourrez faire valoir tous les recours légaux garantis par les lois en vigueur au Québec. La participation de votre enfant ne libère ni les chercheurs, ni l'établissement de leur responsabilité civile et professionnelle.

9. Liberté de participation et droit de retrait

La participation de votre adolescent à ce projet est volontaire. Cela signifie que même si vous consentez aujourd'hui à ce que votre adolescent participe à cette recherche, il demeure entièrement libre de ne pas participer ou de mettre fin à sa participation en tout temps sans justification ni pénalité. Vous pouvez également retirer votre adolescent du projet en tout temps.

Si vous retirez votre adolescent du projet ou que votre adolescent se retire du projet, l'information et le matériel déjà recueillis dans le cadre de ce projet seront néanmoins conservés, analysés ou utilisés pour assurer l'intégrité du projet à moins que vous ne demandiez leur destruction.

10. Noms des personnes ressources

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec Mme **Julie B. Leclerc** au numéro de téléphone suivant : 514-251-4015 # 3425 ou avec Mme **Catherine Dalpé** au numéro de téléphone suivant : 514-251-4000 #3593.

Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le commissariat aux plaintes et à la qualité des services du Centre intégré

universitaire de santé et des services sociaux du Nord-de-l'Île-Montréal (CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal) au (514) 384-2000, poste 3316 ou au commissaire.plaintes.cnmtl@ssss.gouv.qc.ca

11. Surveillance des aspects éthique du projet de recherche

Le comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal a approuvé le projet et en assurera le suivi. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Remerciements

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

Consentement et signatures

En tant que parent ou représentant de _____, je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et consens volontairement à ce que mon adolescent participe à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante. Je certifie que le projet a été expliqué à mon adolescent et qu'il accepte d'y participer sans contrainte ou pression de qui que ce soit. Je comprends que sa participation à cette recherche est totalement volontaire et qu'il peut y mettre fin en tout temps, sans pénalité d'aucune forme, ni justification à donner. Je peux également décider, pour des motifs que je n'ai pas à justifier, de retirer mon adolescent du projet.

Nom de l'adolescent Signature de l'adolescent Date
(lettres moulées)

Nom du représentant légal de Signature Date
l'adolescent (lettres moulées)

J'accepte que les renseignements fournis soient utilisés dans le cadre de quelques projets de recherche ultérieurs visant à approfondir les connaissances sur les processus cognitifs impliqués dans le TOC chez les adolescents, avant leur destruction.

**Nom de l'adolescent Signature de l'adolescent Date
(lettres moulées)**

**Nom du représentant légal Signature Date
de l'adolescent (lettres
moulées)**

Formule d'engagement du chercheur ou de la personne qu'elle a déléguée :

Je, soussigné(e), déclare par la présente avoir expliqué à l'adolescent ci-haut mentionné et à son parent les objectifs et le contenu du projet de recherche ainsi que les implications et les droits associés à sa participation.

Nom de l'étudiant-chercheur	Signature	Date
Catherine Dalpé	_____	_____
Courriel : catherine.letope@gmail.com		

Nom de la directrice de la recherche	Signature	Date
Julie B. Leclerc	_____	_____
Courriel : leclerc.julie@uqam.ca		

Ce formulaire sera conservé au Centre de Recherche de l'Institut Universitaire en Santé Mentale de Montréal. Un exemplaire du formulaire de consentement signé doit être remis aux parents de l'adolescent.

APPENDICE J

CERTIFICAT ÉTHIQUE DU COMITÉ INSTITUTIONNEL D'ÉTHIQUE DE LA
RECHERCHE AVEC DES ÊTRES HUMAINS DE L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC
À MONTRÉAL

CERTIFICAT D'APPROBATION ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants impliquant des êtres humains (CERPE 4: sciences humaines) a examiné le projet de recherche suivant et le juge conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par la *Politique No 54 sur l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (Janvier 2016) de l'UQAM.

Titre du projet:	Étude des processus cognitifs liés au soi impliqués dans le trouble obsessionnel-compulsif chez l'adolescent
Nom de l'étudiant:	Catherine DALPÉ
Programme d'études:	Doctorat en psychologie
Direction de recherche:	Julie LECLERC

Modalités d'application

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.



Thérèse Bouffard
Présidente du CERPE 4 : Faculté des sciences humaines
Professeure, Département de psychologie

APPENDICE K

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE MULTICENTRIQUE DU CENTRE INTÉGRÉ
UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU NORD DE
L'ÎLE-DE-MONTRÉAL

PAR COURRIEL UNIQUEMENT

Le 25 octobre 2017

Julie B. Leclerc, M. Ps, Ph. D.

Chercheuse Centre de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

Catherine Dalpé

Doctorante en psychologie profil scientifique-professionnel (Cand. Psy.D, Ph. D.)
Université du Québec à Montréal

Objet : **Projet MP-HRDP-17-14P** : *Étude des processus cognitifs liés au soi impliqués dans le trouble obsessionnel-compulsif chez les adolescents*

Chercheuse principale: Julie B. Leclerc, Ph. D.

Cochercheuse : Caroline Berthiaume, Ph. D.

Étudiante: Catherine Dalpé, doctorat en psychologie (profil scientifique-professionnel)

Évaluation par le comité d'éthique de la recherche : RÉSULTAT POSITIF de l'examen éthique et de l'examen scientifique du projet de recherche

Mesdames

Le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal (ci-après CÉR), qui agit comme CÉR évaluateur pour le projet de recherche mentionné en titre, déclare par la présente que le résultat de l'examen éthique de ce projet est positif.

Notre CÉR confirme également que votre projet de recherche a fait l'objet d'un examen scientifique dont le résultat est positif.

Le CÉR a évalué, en comité plénier, votre projet au cours de sa réunion du 28 juin 2017. À cette fin, **les documents suivants ont été examinés :**

- DG-52 annexe 1 - Évaluation d'un projet de recherche remplie;
- DG 52 annexe 2 - Obligations du chercheur signée;
- DG-52 annexe 3 - Questionnaire synthèse signée;
- DG 52- annexe 4 - Autorisation du directeur des services professionnels signée;
- DG 52- annexe 5 - Engagement de l'équipe de recherche signée;
- Protocole de recherche, en date du 12 mai 2017 avec la liste des appendices : appendice A- Questionnaire sociodémographique de la CITA, appendice B- Children's Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS), appendice C- Calepin d'auto-observation, appendice D : Inventaires Beck-Youth, appendice E L'index intégré des écarts entre les

guides du soi, appendice F- Questionnaire sur le soi redouté et appendice G- Questionnaire sur la perception de soi dans le trouble obsessionnel-compulsif;

- Verbatim pour contacter les participants, version française, non datée;
- Formulaire d'information et de consentement, groupe clinique, version française, non datée
- Formulaire d'information et de consentement, groupe contrôle, version française, non datée
- Affiche pour les participants avec un diagnostic de TOC (groupe clinique), version française, non datée;
- Affiche pour les participants sans diagnostic de TOC (groupe contrôle), version française, non datée;
- Statut de chercheuse associée de Julie Leclerc, Ph. D., en date du 29 août 2016;
- Curriculum vitae : Julie Leclerc, Catherine Dalpé, Philippe Valois et Caroline Berthiaume.

Le CÉR a pris connaissance en comité restreint des documents que vous lui avez fait parvenir le 10 août 2017 en réponse aux commentaires soulevés dans sa lettre du 13 juillet 2017. Il a également évalué les réponses à ses commentaires subséquents. À cette fin, les documents suivants ont été **examinés et approuvés** :

10 août 2017

- Lettre de réponse aux demandes du CÉR, en date du 7 août 2017;
- Lettre de réussite de l'examen doctoral de l'UQAM, en date du 7 mars 2017;
- Protocole de recherche modifié, en date du 3 août 2017;
- DG-52 annexe 3 – version corrigée et datée du 3 août 2017;
- DG 52- annexe 4 - Autorisation du directeur des services professionnels, modifiée;
- Affiche pour les participants sans diagnostic de TOC (groupe contrôle), version française modifiée et non datée;
- Procédures de l'étude pour les intervenants de la CITA, version du 10 août 2017;
- Canevas téléphonique pour le recrutement des participants par l'infirmier de la CITA (groupe clinique), version du 10 août 2017;
- Canevas téléphonique pour le recrutement des participants du groupe contrôle, version du 10 août 2017;

19 octobre 2017

- Formulaire d'information et de consentement, groupe clinique, version française, modifiée en date du 19 octobre 2017;
- Formulaire d'information et de consentement, groupe contrôle, version française, modifiée en date du 19 octobre 2017;
- Protocole d'intervention pour le risque suicidaire, datée du 19 octobre 2017.

Nous vous retournons, sous pli, une copie des documents de sollicitation et des formulaires d'information et de consentement approuvés portant l'estampille d'approbation du Comité. Seuls ces documents devront être utilisés auprès des participants à la recherche.

Cette approbation éthique s'applique aussi aux centres participants suivants :

- **CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal**
- **CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal**

Comme le prévoit l'article 11.1 du *Cadre de référence des établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) pour l'autorisation d'une recherche menée dans plus d'un établissement*, vous pouvez déposer une copie de la présente lettre de notre CER auprès des établissements publics du RSSS à qui vous demanderez l'autorisation de réaliser la recherche dans leurs murs ou sous leurs auspices.

Si un établissement vous demande d'apporter des modifications administratives à la version finale d'un document qui a été approuvé par notre CER, veuillez vous entendre avec cet établissement pour que notre CER reçoive une copie du document modifié indiquant clairement les modifications apportées.

Sur demande d'un établissement qui a autorisé la réalisation de cette recherche, nous lui fournirons les extraits de nos procès-verbaux se rapportant à ce projet.

Si la réalisation de cette recherche se poursuit pendant plus d'un an, notre CER en confirmera à chaque année l'acceptabilité éthique, à la date anniversaire de la présente lettre, à condition que vous déposiez auprès du CER avant la date anniversaire (**25 octobre 2018**). Un rapport d'étape annuel décrivant dans son ensemble la réalisation de la recherche.

Le Cadre de référence établi, à l'article 1.2, que vous pouvez fournir une copie de la présente lettre à un autre chercheur qui veut demander à son établissement l'autorisation d'y mener la même recherche. Lorsque vous fournirez ainsi une copie de cette lettre, veuillez :

1) rappeler au chercheur qu'il doit, si ce n'est déjà fait :

identifier et identifier son établissement auprès de notre CER,

fournir à notre CER les documents démontrant sa compétence pour la réalisation du projet;

et

fournir à notre CER l'information utile au sujet des populations et des conditions locales qui serait susceptible d'avoir une incidence sur l'évaluation de l'acceptabilité éthique du projet de recherche.

2) indiquer à ce chercheur que notre CER lui demande de déposer à chaque année, avant la date d'anniversaire, un rapport d'étape sur le déroulement de la recherche dans son établissement.

L'omission par le chercheur d'un établissement de déposer ce rapport ne compromettra pas le renouvellement annuel de l'approbation éthique couvrant l'ensemble de ce projet de recherche. Notre CER évaluera cependant le chercheur qui a autorisé la réalisation de la recherche dans cet établissement de suspendre l'autorisation donnée à un chercheur qui n'a pas déposé le rapport d'étape demandé.

Cette approbation finale suppose également que vous vous engagez :

- à respecter la présente décision;
- **à transmettre au CER les curriculum vitae et engagement à la confidentialité signés des auxiliaires de recherche lorsqu'ils seront identifiés;**
- à remettre au CÉR un rapport annuel faisant état de l'avancement du projet, lequel rapport est nécessaire au renouvellement de l'approbation éthique;
- à tenir une liste des sujets de recherche, pour une période maximale de douze mois suivant la fin du projet ;
- à aviser le CÉR dans les plus brefs délais de tout incident/accident en cours de projet ainsi que tout changement ou modification que vous souhaitez apporter à la recherche notamment au protocole ou au formulaire d'information et de consentement.
- à notifier au CÉR dans les meilleurs délais tout nouveau renseignement susceptible d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou d'influer sur la décision d'un sujet de recherche quant à sa participation;
- à communiquer au CÉR toute suspension ou annulation d'autorisation relative au projet qu'aura formulée un organisme subventionnaire ou de réglementation;
- à informer le CÉR de tout problème constaté par un tiers au cours d'une activité de surveillance ou de vérification, interne ou externe, qui est susceptible de remettre en question soit l'éthicité du projet, soit la décision du CER;
- à notifier au CÉR l'interruption temporaire ou définitive du projet et remettre un rapport faisant état des motifs de cette interruption ainsi que les répercussions de celle-ci sur les sujets de recherche;
- à remettre au CÉR un rapport final faisant état des résultats de la recherche.

Vous souhaitant la meilleure des chances dans la réalisation du projet, nous vous prions d'agréer, Monsieur, l'expression de nos sentiments distingués.



Élodie Petit, présidente
Comité d'éthique de la recherche
CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal

p.j. : *Formulaires d'information et de consentement, version française approuvée et estampillée ;
Affiche pour le recrutement du groupe contrôle, approuvée et estampillée*

EP/msg

RÉFÉRENCES

- Aardema, F., & O'Connor, K. (2003). Seeing white bears that are not there: Inference processes in obsessions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 17*, 23-37.
- Aardema, F., & O'Connor, K. (2007). The menace within: Obsessions and the self. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 21*(3), 182-197.
- Aardema, F., Emmelkamp, P.M.G., & O'Connor, K. (2005). Inferential confusion, cognitive change and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 12*(5), 337–345.
- Aardema, F., Moulding, R., Melli, G., Radomsky, A. S., Doron, G., Audet, J. S., & Purcell-Lalonde, M. (2018). The role of feared possible selves in obsessive–compulsive and related disorders: A comparative analysis of a core cognitive self-construct in clinical samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 25*(1), 19-29.
- Aardema, F., Moulding, R., Radomsky, A. S., Doron, G., Allamby, J., & Souki, E. (2013). Fear of self and obsessionality: Development and validation of the Fear of Self Questionnaire. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*(3), 306-315.
- Aardema, F., O'Connor, K. P., Emmelkamp, P. M., Marchand, A., & Todorov, C. (2005). Inferential confusion in obsessive-compulsive disorder: the inferential confusion questionnaire. *Behavior Research and Therapy, 43*(3), 293-308.
- Aardema, F., Wu, K. D., Careau, Y., O'Connor, K., Julien, D., & Dennie, S. (2010). The expanded version of the Inferential Confusion Questionnaire: further development and validation in clinical and non-clinical samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 32*(3), 448-462.

- Abramowitz, J. S., McKay, D., & Taylor, S. (2011). *Obsessive-compulsive disorder: Subtypes and spectrum conditions*. Elsevier.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5^e éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Audet, J.S. (2017). *Le contexte comme élément distinctif entre les intrusions normales et les intrusions anormales*. [mémoire de maîtrise, Université de Montréal].Papyrus. https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/bitstream/handle/1866/20429/Audet_JeanSebastien_2017_memoire.pdf?sequence=2&isAllowed=y
- Audet, J. S., Aardema, F., & Moulding, R. (2016). Contextual determinants of intrusions and obsessions: The role of ego-dystonicity and the reality of obsessional thoughts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 9, 96-106.
- Barrett, P. M., Farrell, L., Pina, A. A., Peris, T. S., & Piacentini, J. (2008). Evidence-based psychosocial treatments for child and adolescent obsessive–compulsive disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(1), 131-155.
- Barrett, P. M., & Healy, L. J. (2003). An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive–compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41(3), 285-299.
- Barzilay, R., Patrick, A., Calkins, M. E., Moore, T. M., Gur, R. C., & Gur, R. E. (2019). Association between early-life trauma and obsessive compulsive symptoms in community youth. *Depression and Anxiety*, 36(7), 586-595.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, J. S., Beck, A. T. & Jolly, J. B. (2005). *Beck Youth Inventories - second edition for children and adolescent's manual*. San Antonio, TX: NCS Pearson Education Inc.
- Bhar, S., & Kyrios, M. (2007). An investigation of self-ambivalence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45(8), 1845–1857.

- Bhar, S. S., Kyrios, M., & Hordern, C. (2015). Self-Ambivalence in the Cognitive-Behavioural Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychopathology, 48*(5), 349-356.
- Bombardier, M., M., Blanchet M., Leclerc, J. B., Berthiaume, C., Fontaine, A. et O'Connor, K. P. (2018). Thérapie basée sur les inférences ciblant les enfants ayant un trouble obsessionnel-compulsif : cas clinique. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 28*, 55-65.
- Bombardier, M., Leclerc, J. B., O'Connor, K. P., & Berthiaume, C. (2020). Inference-Based Therapy with Obsessive-Compulsive Disorder in Children: Case Studies. Manuscrit soumis pour publication.
- Borda, T., Feinstein, B. A., Neziroglu, F., Veccia, T., & Perez-Rivera, R. (2013). Are children with obsessive-compulsive disorder at risk for problematic peer relationships?. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 2*(4), 359-365.
- Carver, C. S., Lawrence, J. W., & Scheier, M. F. (1999). Self-discrepancies and affect: Incorporating the role of feared selves. *Personality and Social Psychology Bulletin, 25*(7), 783-792.
- Coluccia, A., Ferretti, F., Fagiolini, A., & Pozza, A. (2017). Quality of life in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 13*, 597.
- Cornette, M. M., Strauman, T. J., Abramson, L. Y., & Busch, A. M. (2009). Self-discrepancy and suicidal ideation. *Cognition and Emotion, 23*, 504-527.
- Doron, G., Kyrios, M., & Moulding, R. (2007). Sensitive domains of self-concept in Obsessive-Compulsive Disorder (OCD): Further evidence for a multidimensional model of OCD. *Journal of Anxiety Disorders, 21*(3), 433-444.
- Doron, G., Kyrios, M., Moulding, R., Nedeljkovic, M., & Bhar, S. (2007). "We do not see things as they are, we see them as we are": A multidimensional

worldview model of Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 21(3), 217-231.

Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M., & Nedeljkovic, M. (2008). Sensitivity of self-beliefs in obsessive compulsive disorder (OCD). *Depression & Anxiety*, 25(10), 874-884.

Doron, G., Szepeswol, O., Karp, E., & Gal, N. (2013). Obsessing about intimate relationships: testing the double relationship-vulnerability hypothesis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44(4), 433-440.

Dunkel, C. (2000). Possible selves as a mechanism for identity exploration. *Journal of Adolescence*, 23, 519-529.

Duval, S., & Wicklund, R. A. (1972). *A theory of objective self awareness*. Oxford: Academic Press.

Farrell, L., & Barrett, P. (2006). pré. *British Journal of Psychology*, 97(1), 95-114.

Ferrier, S., & Brewin, C. R. (2005). Feared identity and obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(10), 1363-1374.

Fontenelle, L. F., Mendlowicz, M. V., & Versiani, M. (2006). The descriptive epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 327-337.

Freeman, J. B., Garcia, A. M., Coyne, L., Ale, C., Przeworski, A., Himle, M., ... & Leonard, H. L. (2008). Early childhood OCD: Preliminary findings from a family-based cognitive-behavioral approach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(5), 593-602.

Freeston, M. H., Rheaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behavior Research and Therapy*, 34(5-6), 433-446.

Geller, D. A., Biederman, J., Faraone, S., Agranat, A., Cradock, K., Hagermoser, L., ... & Coffey, B. J. (2001). Developmental aspects of obsessive-compulsive disorder: findings in children, adolescents, and adults. *The Journal of nervous and mental disease*, 189(7), 471-477.

- Geller, D. A., & March, J. (2012). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Focus, 10*(3), 360-373.
- Gershuny, B. S., Baer, L., Radomsky, A. S., Wilson, K. A., & Jenike, M. A. (2003). Connections among symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series. *Behaviour Research and Therapy, 41*(9), 1029-1041.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., ... & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*(11), 1006-1011.
- Godwin, T. L., Godwin, H. J., & Simonds, L. M. (2020). What is the Relationship Between Fear of Self, Self Ambivalence and Obsessive Compulsive Symptomatology? A Systematic Literature Review. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 27*(6), 887-901.
- Guidano, V., & Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.
- Hankin, B. L., Roberts, J., & Gotlib, I. H. (1997). Elevated self-standards and emotional distress during adolescence: Emotional specificity and gender differences. *Cognitive Therapy and Research, 21*(6), 663-679.
- Hardin, E. E., & Lakin, J. L. (2009). The integrated self-discrepancy index: a reliable and valid measure of self-discrepancies. *Journal of Personality Assessment, 91*(3), 245-253.
- Harter, S. (1990). Developmental differences in the nature of self-representations: Implications for the understanding, assessment, and treatment of maladaptive behavior. *Cognitive Therapy and Research, 14*(2), 113-142.
- Hartmann, M. M., Sundag, J., & Lincoln, T. M. (2014). Are self-other discrepancies

a unique risk factor for paranoid symptoms? *Cognitive Therapy and Research*, 38, 62–70.

- Higgins, E. T. (1987). Self-discrepancy: a theory relating self and affect. *Psychological Review*, 94(3), 319-340.
- Higgins, E. T. (1989). Continuities and discontinuities in self-regulatory and self-evaluative processes: A developmental theory relating self and affect. *Journal of Personality*, 57(2), 407-444.
- Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, R., & Strauman, T. (1986). Self-discrepancies and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 5–15.
- Higgins, E. T., Klein, R., & Strauman, T. (1985). Self-concept discrepancy theory: A psychological model for distinguishing among different aspects of depression and anxiety. *Social Cognition*, 3, 51–76.
- Huppert, J. D., Moser, J. S., Gershuny, B. S., Riggs, D. S., Spokas, M., Filip, J., ... & Foa, E. B. (2005). The relationship between obsessive–compulsive and posttraumatic stress symptoms in clinical and non-clinical samples. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(1), 127-136.
- Ingram, R. E. (2003). Origins of cognitive vulnerability to depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 77–88.
- Julien, D., O'Connor, K., & Aardema, F. (2016). The inference-based approach to obsessive-compulsive disorder: A comprehensive review of its etiological model, treatment efficacy, and model of change. *Journal of Affective Disorders*, 202, 187-196.
- Knox, M., Funk, J., Elliott, R., & Bush, E. G. (2000). Gender differences in adolescents' possible selves. *Youth & Society*, 31(3), 287-309.
- Krause, S., Wong, S., O'Meara, M. G., Aardema, F., & Radomsky, A. S. (2020). It's not so much about what you touch: Mental contamination mediates the

relationship between feared self-perceptions and contact contamination. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 25, 100507.

Lafleur, D. L., Petty, C., Mancuso, E., McCarthy, K., Biederman, J., Faro, A., ... & Geller, D. A. (2011). Traumatic events and obsessive compulsive disorder in children and adolescents: is there a link?. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 513-519.

Lantz, E. L., Gaspar, M. E., DiTore, R., Piers, A. D., & Schaumberg, K. (2018). Conceptualizing body dissatisfaction in eating disorders within a self-discrepancy framework: a review of evidence. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 23(3), 275-291.

Laverdure, A., & Pélissier, M-C. (2007). [Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale (CY-BOCS), traduction française non-validée]. Manuscrit non-publié.

Lewin, A. B., Park, J. M., Jones, A. M., Crawford, E. A., De Nadai, A. S., Menzel, J., ... & Storch, E. A. (2014). Family-based exposure and response prevention therapy for preschool-aged children with obsessive-compulsive disorder: a pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 56, 30-38.

Libby, S., Reynolds, S., Derisley, J., & Clark, S. (2004). Cognitive appraisals in young people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(6), 1076-1084.

March, J. S., & Mulle, K. (1998). *OCD in children and adolescents: A cognitive-behavioral treatment manual*. Guilford Press.

Marcia, J. E. (1980). Identity in adolescence. *Handbook of adolescent psychology*, 9(11), 159-187.

Markus, H., & Nurius, P. (1986). Possible Selves. *American Psychologist*, 41(9), 954-969.

Martins, A., & Calheiros, M. M. (2012). Construction of a self-complexity scale for adolescents. *Psychological Assessment*, 24(4), 973.

- Mason, T. B., Smith, K. E., Engwall, A., Lass, A., Mead, M., Sorby, M., ... & Wonderlich, S. (2019). Self-discrepancy theory as a transdiagnostic framework: A meta-analysis of self-discrepancy and psychopathology. *Psychological Bulletin*, *145*(4), 372.
- McGuire, J. F., Piacentini, J., Lewin, A. B., Brennan, E. A., Murphy, T. K., & Storch, E. A. (2015). A meta-analysis of cognitive behavior therapy and medication for child obsessive-compulsive disorder : moderators of treatment efficacy, response, and remission. *Depression and Anxiety*, *32*(8), 580-593.
- Melli, G., Aardema, F., & Moulding, R. (2016). Fear of self and unacceptable thoughts in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. *23*(3), 226-235.
- Moretti, M. M., & Wiebe, V. J. (1999). Self-discrepancy in adolescence: Own and parental standpoints on the self. *Merrill-Palmer Quarterly*, *45*, 624-649.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York: Wiley.
- Nakatani, E., Krebs, G., Micali, N., Turner, C., Heyman, I., & Mataix-Cols, D. (2011). Children with very early onset obsessive-compulsive disorder: Clinical features and treatment outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *52*(12), 1261-1268.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *35*(7), 667-681.
- O'Connor, K. P., Aardema, F., Bouthillier, D., Fournier, S., Guay, S., Robillard, S., . . . Pitre, D. (2005). Evaluation of an Inference-Based Approach to Treating Obsessive-Compulsive Disorder. *Cognitive Behaviour Therapy*, *34*(3), 148-163.
- O'Connor, K. & Aardema, F. (2012). *Clinician's Handbook for Obsessive compulsive disorder*. John Wiley & Sons.

- O'Connor, K., Aardema, F., & Pelissier, M. C. (2005). *Beyond reasonable doubt: reasoning processes in obsessive-compulsive and related disorder*. New York: Wiley & Sons.
- O'Connor, K., & Grenier, S. (2004). Les troubles obsessionnels-compulsifs: appartiennent-ils aux troubles anxieux ou à une autre famille de troubles mentaux?. *Santé mentale au Québec*, 29(1), 33-51.
- O'Connor, K., & Robillard, S. (1996). Interventions cognitives pour les troubles obsessionnels-compulsifs. *Revue québécoise de psychologie*, 17(1), 165-195.
- Ono, M., & Devilly, G. J. (2013). The role of childhood and adulthood trauma and appraisal of self-discrepancy in overgeneral memory retrieval. *Cognition & Emotion*, 27(6), 979-994.
- Oosterwegel, A., & Oppenheimer, L. (2002). Jumping to awareness of conflict between self-representations and its relation to psychological wellbeing. *International Journal of Behavioral Development*, 26(6), 548-555.
- Öst, L. G., Riise, E. N., Wergeland, G. J., Hansen, B., & Kvale, G. (2016). Cognitive behavioral and pharmacological treatments of OCD in children: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 43, 58-69.
- Papadakis, A. A., Prince, R. P., Jones, N. P., & Strauman, T. J. (2006). Self-regulation, rumination, and vulnerability to depression in adolescent girls. *Development and psychopathology*, 18(3), 815-829.
- Parker, A. G., Boldero, J. M., & Bell, R. C. (2006). Borderline personality disorder features: The role of self-discrepancies and self-complexity. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79(3), 309-321.
- Pearson Canada Assessment (2005). *Inventaires Beck Youth – Deuxième édition*. Canada: Pearson
- Peris, T. S., Rozenman, M., Bergman, R. L., Chang, S., O'Neill, J., & Piacentini, J. (2017). Developmental and clinical predictors of comorbidity for youth with obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 93, 72-78.

- Peris, T. S., Sugar, C. A., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., & Piacentini, J. (2012). Family factors predict treatment outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(2), 255.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Chang, S., Langley, A., Peris, T., Wood, J. J., & McCracken, J. (2011). Controlled comparison of family cognitive behavioral therapy and psychoeducation/relaxation training for child obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50*(11), 1149-1161.
- Piacentini, J., Bergman, R. L., Keller, M., & McCracken, J. (2003). Functional impairment in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 13*(2, Supplement 1), 61-69.
- Piaget, J. (1953). *Origins of intelligence in the child*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Piaget, J. (1960). *The psychology of intelligence*. New York: Littlefield Adams. (original work published 1947)
- Purcell Lalonde, M., O'Connor, K., Aardema, F., & Coelho, J. S. (2015). Food for thought: Ego-dystonicity and fear of self in eating disorders. *European Eating Disorders Review, 23*(3), 179-184.
- Purdon, C., & Clark, D. A. (1999). Metacognition and obsessions. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 6*(2), 102-110.
- Tangney, J. P., Niedenthal, P. M., Covert, M. V., & Barlow, D. H. (1998). Are shame and guilt related to distinct self-discrepancies? A test of Higgins's (1987) hypotheses. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*(1), 256– 268.
- The Pediatric OCD Treatment Study Team (2004). Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: the Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *Jama, 292*(16), 1969.

- Rachman, S. (1971). Obsessional ruminations. *Behaviour Research and Therapy*, 9, 229-235.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35(9), 793-802.
- Rachman, S., & de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16(4), 233-248.
- Rowa, K., & Purdon, C. (2003). Why are certain intrusive thoughts more upsetting than others?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31(1), 1-11.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (11th ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional–compulsive problems: a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571–583.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions—a replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22(5), 549-552.
- Savageau, J., O'Connor, K., Dupuis, G., & Aardema, F. (2020). Experimental priming of feared self-perceptions increases obsessive-compulsive symptoms in a clinical OCD sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 27, 100577.
- Scahill, L., Riddle, M. A., McSwiggin-Hardin, M., Ort, S. I., King, R. A., Goodman, W. K., ... & Leckman, J. F. (1997). Children's Yale-Brown obsessive compulsive scale: reliability and validity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(6), 844-852.
- Scott, L., & O'Hara, M. W. (1993). Self-discrepancies in clinically anxious and depressed university students. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(2), 282-287.
- Seah, R., Fassnacht, D., & Kyrios, M. (2018). Attachment anxiety and self-ambivalence as vulnerabilities toward Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 18, 40-46.

- Selles, R. R., Storch, E. A., & Lewin, A. B. (2014). Variations in symptom prevalence and clinical correlates in younger versus older youth with obsessive–compulsive disorder. *Child Psychiatry & Human Development, 45*(6), 666-674.
- Silva, C. S., Martins, A. C., & Calheiros, M. M. (2016). Development and psychometric properties of the self-representation questionnaire for adolescents (SRQA). *Journal of Child and Family Studies, 25*(9), 2718-2732.
- Skriner, L. C., Freeman, J., Garcia, A., Benito, K., Sapyta, J., & Franklin, M. (2016). Characteristics of Young Children with Obsessive–Compulsive Disorder: Baseline Features from the POTS Jr. Sample. *Child Psychiatry & Human Development, 47*(1), 83-93.
- Steer, R. A., Kumar, G., Ranieri, W. F., & Beck, A. T. (1998). Use of the Beck Depression Inventory-II with adolescent psychiatric outpatients. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 20*(2), 127-137.
- Stein, D. J., Fineberg, N. A., Bienvenu, O. J., Denys, D., Lochner, C., Nestadt, G., ... & Phillips, K. A. (2010). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V?. *Depression and Anxiety, 27*(6), 495-506.
- Stevens, E. N., Holmberg, N. J., Lovejoy, M. C., & Pittman, L. D. (2014). When do self-discrepancies predict negative emotions? Exploring formal operational thought and abstract reasoning skills as moderators. *Cognition & Emotion, 28*(4), 707-716.
- Storch, E. A., Ledley, D. R., Lewin, A. B., Murphy, T. K., Johns, N. B., Goodman, W. K., & Geffken, G. R. (2006). Peer victimization in children with obsessive–compulsive disorder: relations with symptoms of psychopathology. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 35*(3), 446-455.
- Storch, E. A., Merlo, L. J., Larson, M. J., Marien, W. E., Geffken, G. R., Jacob, M. L., ... & Murphy, T. K. (2008). Clinical features associated with treatment-resistant pediatric obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry, 49*(1), 35-42.

- Strauman, T. J. (1989). Self-discrepancies in clinical depression and social phobia: Cognitive structures that underlie emotional disorders? *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 5-14.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are “obsessive” beliefs specific to OCD?: A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 44*(4), 469-480.
- Van Ameringen, M., Patterson, B., & Simpson, W. (2014). DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: Clinical implications of new criteria. *Depression and Anxiety, 31*(6), 487-493.
- Vergara-Lopez, C., & Roberts, J. E. (2012). Self-discrepancies among individuals with a history of depression: The role of feared self-guides. *Cognitive Therapy and Research, 36*(6), 847-853.
- Visser, H. A., van Megen, H., van Oppen, P., Eikelenboom, M., Hoogendorn, A. W., Kaarsemaker, M., & van Balkom, A. J. (2015). Inference-based approach versus cognitive behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder with poor insight: a 24-session randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics, 84*(5), 284-293.
- Wong, K., Mendel, B, Trespalacios, F. & A.S. Radomsky (2020). Manipulating feared self-perceptions in virtual reality and its impact on obsessive-compulsive symptoms in an analogue sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 27*, 100585.
- Wylie, R. C., & Miller, P. J. (1979). *The Self-concept: Rev. Ed.* Lincoln: University of Nebraska Press.
- Yorulmaz, O., Gençöz, T., & Woody, S. (2010). Vulnerability factors in OCD symptoms: Cross-cultural comparisons between Turkish and Canadian samples. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 17*(2), 110-121.