

Université du Québec à Montréal

Étude portant sur l'évaluation des attitudes, des croyances négatives et des contraintes rencontrées lors du traitement par exposition de personnes souffrant de trouble obsessionnel-compulsif

Essai de Psy. D.

par

Geneviève Labonté-Chartrand, M. Ps.

Février 2011

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.01-2006). 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.»

TABLE DES MATIÈRES

Résumé	4
Introduction	5
1. Modèles théoriques du TOC.....	6
1.1 Les modèles biologiques	6
Implication des réseaux sous-corticaux frontaux	6
Systèmes sérotoninergiques et dopaminergiques	7
La mémoire et ses enjeux	8
Forces et faiblesses des modèles biologiques.....	9
1.2 Les modèles psychologiques	10
Le modèle de Clark.....	10
Le modèle de Salkovskis	11
Le modèle de Ladouceur	12
Forces et faiblesses des modèles psychologiques.....	13
2. Principes de l'intervention cognitivo-comportementale du TOC.....	14
La restructuration cognitive.....	14
L'exposition et la prévention des rituels.....	16
3. Présentation d'une étude par article.....	20
Résumé	22
Contexte théorique.....	23
Méthode	27
Résultats.....	31
Discussion.....	33
Références	39
Tableau 1	42
Tableau 2	43
Tableau 3	44
Tableau 4	45
Tableau 5	46
Tableau 6	47
4. Discussion générale	50
5. Références	57
6. Annexes	
Annexe A (formulaire de consentement).....	66
Annexe B (Lettre d'invitation)	67

Annexe C (Données descriptives)	68
Annexe D (Sondage attitudes).....	69
Annexe E (Sondage contraintes)	70
Annexe F (Modèle de Clark).....	71
Annexe G (Modèle de Salkovskis).....	72
Annexe H (Modèle de Ladouceur)	73

Résumé

Cet essai doctoral s'inscrit dans un domaine de recherche qui s'intéresse aux attitudes, mythes ou croyances véhiculées par les professionnels qui utilisent l'exposition comme outil d'intervention lors du traitement du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Nos objectifs étant de 1) de présenter les divers modèles théoriques suggérés dans les écrits afin de bien comprendre la complexité du TOC, 2) d'évaluer si l'exposition et la prévention de la réponse est utilisée de façon systématique et ce, indépendamment de l'approche théorique du thérapeute ou de sa spécialisation dans le traitement cognitivo-comportemental du TOC, et 3) d'évaluer si certaines croyances pourraient freiner son utilisation. Cinquante-six professionnels ont été recrutés en territoire canadien. Cinquante-quatre pourcent ont été classés comme ayant une spécialisation dans le traitement cognitivo-comportemental du trouble obsessionnel-compulsif. L'autre quarante-six pourcent des participants ne possèdent pas de spécialisation spécifique dans le traitement du TOC. Les résultats montrent que 78.3 % des professionnels ont recours à l'exposition lorsqu'ils jugent cohérent de l'employer pour le traitement psychologique du TOC et ce, indépendamment de l'approche théorique préconisée. Toutefois, notons des différences significatives ($Z = 3.63, p < .001$) entre les professionnels qui possèdent une spécialisation, en ce sens qu'ils semblent plus outillés pour conduire une séance d'exposition. Ces résultats sont intéressants et portent à croire que certaines croyances négatives concernant l'exposition *in vivo* avec prévention de la réponse freine son utilisation malgré que son efficacité soit reconnue. Les résultats relèvent aussi les contraintes de son utilisation en ce sens que l'exposition comme outil d'intervention nécessite une formation et une application rigoureuses afin d'en retirer des résultats optimaux. Les contraintes rencontrées par les professionnels qui ne possèdent pas de spécialisation pourraient être palliées par l'utilisation de la réalité virtuelle. En conclusion, nous explorerons les avantages de la concrétisation d'environnements virtuels utilisés pour le traitement du trouble obsessionnel-compulsif.

INTRODUCTION

Cet essai porte sur l'évaluation des attitudes des intervenants et des contraintes rencontrées lors du traitement psychologique du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Nous tenterons de mettre en lumière les motifs et croyances qui expliquent que certains professionnels n'optent pas de façon délibérée pour des stratégies thérapeutiques d'exposition (issues de la thérapie cognitivo-comportementale) malgré que ces dernières soient validées empiriquement pour le traitement du TOC. De plus, nous souhaitons évaluer si les stratégies d'exposition recensées comme efficaces dans les écrits sont difficiles à reproduire dans un cadre de psychothérapie ou si elles occasionnent des contraintes qui pourraient rebuter les professionnels à les utiliser. Enfin, cette étude s'inscrit dans un domaine de recherche qui s'intéresse aux avantages de la réalité virtuelle dans le traitement par exposition des individus souffrant du TOC. Un sondage auprès des cliniciens utilisant l'exposition et la prévention de la réponse comme outil d'intervention devrait nous permettre de mettre en lumière les croyances et les difficultés rencontrées par les professionnels. Ainsi, les données obtenues permettront d'orienter les cliniciens vers des stratégies pouvant faciliter l'exposition de l'exposition.

Le cadre conceptuel ainsi que les objectifs de l'étude seront abordés dans un premier temps en détaillant la problématique et en effectuant la recension des écrits. Dans un deuxième temps, l'hypothèse de la recherche et la méthodologie utilisée pour atteindre nos objectifs seront discutés.

1. Modèles théoriques du TOC

1.1 Les modèles neurobiologiques

1.1.1 Implication des réseaux sous-corticaux-frontaux

Les données en neurobiologie et en neuro-imagerie fonctionnelle suggèrent l'existence d'un dysfonctionnement des régions cérébrales impliquées dans les processus de traitement de l'information chez les gens souffrant de TOC. Les auteurs soulignent l'implication de perturbations au niveau des structures sous-corticales, en particulier au niveau des ganglions de la base. Les perturbations fonctionnelles sont également suggérées au niveau des interactions avec le réseau sous-cortico-frontal dont plus spécifiquement le circuit ventral où se retrouvent le cortex orbito-frontal et les noyaux caudés (Scharwtz, 1998; Stein, 2000).

Certaines aires cérébrales pourraient ainsi être concernées dans le traitement des pensées obsessionnelles. Les hypothèses proposent que les circuits neuronaux joueraient un rôle dans les pensées obsédantes en considérant la nature hyper ou hypométabolique de ces circuits dans les régions d'intérêt (Cottraux & Gérard, 1997). Par exemple, sur le plan neurométabolique, les résultats de la dernière étude de Baxter et coll., (1992) (technique du PET SCAN) montrent qu'un hypermétabolisme du glucose dans le cortex orbito-frontal et dans le noyau caudé droit chez le TOC disparaît aussi bien sous intervention pharmacologique à la fluoxétine qu'à la suite d'une thérapie comportementale d'une durée de 10 semaines. Un hypermétabolisme est détecté lors de l'exposition aux stimulations obsédantes dans les régions orbitaux-frontales, corticales et dans certaines structures sous-corticales. Il semble que l'hyperactivité métabolique observée au PET SCAN ne soit pas un dérèglement définitif (vu sa disparition à la suite

de traitement pharmacologique ou psychologique), mais agirait plutôt comme un indicateur de l'état obsessionnel. D'autres données obtenues grâce à la neuro-imagerie nous permettent d'observer la présence de dysfonctionnements anatomiques qui expliqueraient les symptômes obsessionnels. Il semble que le noyau caudé droit présenterait un dysfonctionnement qui se traduirait par une incapacité à réguler adéquatement la transmission d'information concernant les intrusions anxiogènes entre les régions du thalamus et du cortex orbito-frontal. Des résultats en neuro-imagerie montrent des changements significatifs du métabolisme du glucose dans le noyau caudé droit lors d'un traitement à la paroxétine (Elsebet, Hansen, Steen Hasselbalch, Ian Law & Bolwig, 2002).

1.1.2. Systèmes sérotoninergiques et dopaminergiques

Selon certains auteurs, les troubles obsessionnels-compulsifs s'expliqueraient par une augmentation de la concentration de la sérotonine dans les régions corticales et le système limbique (Greist & Jefferson, 1998). Plusieurs études ont démontré l'efficacité des interventions sérotoninergiques dans les améliorations symptomatiques chez les gens souffrant de TOC (El Mansari & Blier, 2006). Il semble aussi que le système dopaminergique joue un rôle dans le développement des symptômes du TOC (McDougle, Goodman & Price, 1994). Il est toutefois difficile de comprendre séparément les systèmes sérotoninergiques et dopaminergiques puisqu'ils sont en interaction (Joel, 2006). Les neurones sérotoninergiques innervent presque la totalité des structures corticales et sous-corticales. Cela pourrait expliquer en partie la supériorité des inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) tels que le citalopram, la clomipramine, la fluoxétine, la fluvoxamine, la paroxétine et la sertraline comparativement à d'autres types de

traitements (Mostafa & Blier, 2006). Par exemple, Molina et coll. (1995) se sont penchés sur les effets de la diminution de la perfusion cérébrale au niveau frontal post-traitement avec clomipramine dans une étude de cas clinique. Au cours du traitement par la clomipramine, on observe une amélioration clinique des patients liées à une diminution du contenu plaquettaire en 5-HT (Piro, 1998).

1.1.3 La mémoire et ses enjeux

Les chercheurs s'intéressent plus récemment à d'autres variables dans l'étiologie du TOC. Certains ont soulevé l'hypothèse de la pauvreté de la confiance qu'accordent les TOC vérificateurs à leur mémoire (Radomsky, Gilchrist & Dussault, 2006). Par exemple, MacDonald, Antony, MacLeod et Richter (1997) ont noté que les TOC vérificateurs étaient significativement moins confiants lors d'une tâche de rappel de mots comparativement au groupe contrôle. Également, le temps de réaction rapporté était plus lent lors d'une tâche de reconnaissance des mots, ce qui corrobore l'hypothèse d'une diminution de la confiance accordée à la mémoire au sein de cette population. Par ailleurs, les données issues de l'étude de Radomsky, Rachman et Hammond (2001) ont démontré une relation entre la perception du niveau de responsabilité, les comportements de vérification et la diminution de la confiance accordée à la mémoire. Les vérifications consistent en une stratégie qui vise à réduire l'incertitude chez le TOC, mais il semble que ce soit plutôt l'effet contraire qui se produise. Enfin, les résultats des expérimentations menées par Coles, Radomsky et Horng (2006) et Van den Hout et Kindt (2003) (par exemple, à l'aide d'une animation informatisée, vérifier si la cuisinière virtuelle est bien éteinte de façon ritualisée) laissent croire que chez les vérificateurs, la diminution de la confiance accordée à la mémoire résulte en des vérifications répétées.

Selon les auteurs, ce phénomène s'explique par le fait que le nombre élevé des vérifications crée une certaine familiarité avec l'objet vérifié et amène une diminution de l'attention accordée à la tâche, ce qui contribue à générer un doute chez la personne, à savoir si elle a effectivement vérifié ou si sa mémoire lui fait défaut. Si le doute est semé, l'individu se replonge dans les vérifications ritualisées, ce qui agit comme facteurs de maintien des difficultés (Radomsky et coll., 2001).

1.1.4 Forces et faiblesses du modèle biologique

Les modèles biologiques aident les chercheurs à comprendre les régions affectées chez les individus souffrant du TOC. Cette perspective a l'avantage de pouvoir étudier les effets de différents psychotropes qui sont commercialisés et d'améliorer leur efficacité (Baxter et coll., 1992; Elsebet, et coll., 2002; Molina, et coll., 1995). Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine spécifiques ou non sont efficaces chez environ 50% des patients (Pirot, 1998) ce qui contribue de façon considérable au soulagement rapide de l'inconfort. Toutefois, certaines limites telles que le délai avant que les changements ne s'opèrent et l'émergence des effets secondaires tels que l'insomnie, les maux de tête ou les nausées sont rapportés. D'autre part, il semble 40 à 60 % des patients ne connaissent que des améliorations partielles ou ne bénéficient pas de ces traitements (Greist & Jefferson, 1998; McDougle, Goodman & Leckman, 1993). La rechute fait aussi partie des effets indésirables observés lors de l'interruption de la médication (Molina et coll., 1995).

Enfin, l'implication des récepteurs sérotoninergiques du cortex orbito-frontal, du cortex cingulaire antérieur et du noyau caudé semble étroitement liée à l'étiologie du TOC. Ces trois structures organisées en circuit détiennent une activité anormalement élevée détectable en neuro-imagerie. Les résultats démontrent que l'hypermétabolisme

dans ces structures tend à se normaliser suite à des traitements d'ordre pharmacologiques ou comportementaux (Mansari, Bouchard & Blier, 1995; Saxena, Brody, Schwartz & Baxter, 1998).

1.2 Les modèles psychologiques

1.2.1 Le modèle de Clark

Ce modèle (voir la représentation graphique à l'annexe F) propose une explication qui a trait à la théorie du contrôle des obsessions. Clark (2004) propose trois niveaux qui expliquent comment apparaissent les obsessions. Au premier niveau, le *Niveau de vulnérabilité*, nous retrouvons les facteurs prédisposants qui peuvent influencer le développement d'une psychopathologie. Clark (2004) a identifié trois facteurs de vulnérabilité : les traits d'affectivité négative, le concept de soi ambivalent et la présence de croyances métacognitives inadaptées.

Lorsqu'un individu fait l'expérience d'une intrusion mentale non désirée, il accède directement au second niveau, *l'évaluation primaire des obsessions*. Cette étape est déterminante puisque c'est ici que l'individu effectue l'interprétation de l'intrusion mentale. La personne peut interpréter l'intrusion comme égodystonique (contraire à ses valeurs fondamentales, à son identité propre ou à ses habitudes) ou y accorder peu d'importance. Deux choix découleront de la signification accordée à l'intrusion: ne rien faire ou faire des efforts afin d'éliminer l'intrusion. Dans les deux cas, le contrôle sur la pensée est utopique. Le désir de contrôle sur l'intrusion mène l'individu au troisième niveau, *l'évaluation secondaire du contrôle*. Cette étape permet de comprendre l'évolution de l'intrusion à l'obsession. Deux scénarios découlent du passage au troisième niveau 1) l'individu accepte ne pas avoir de contrôle sur l'intrusion, l'ignore, ce qui a

pour conséquence de la faire décliner jusqu'à sa disparition ou 2) l'individu fait des efforts accrus pour contrôler l'intrusion mentale ce qui mène à une escalade dans la fréquence et la détresse associée à la présence de l'intrusion. L'intrusion envahissante devient une obsession.

1.2.2 Le modèle de Salkovskis

Salkovskis (2000) propose un modèle théorique du TOC qui met surtout en relief un schème dysfonctionnel de la responsabilité. Selon cet auteur (Annexe G), les individus évalueraient les intrusions en fonction du tort qu'ils pourraient causer à eux-mêmes ou à toute autre personne. Cela dit, une intrusion cognitive perçue comme ayant des implications importantes pour le sujet fera l'objet d'une évaluation et en découleront les actions qui seront prises pour pallier l'inconfort ou l'anxiété ressenti. L'intrusion cognitive peut se traduire par un caractère émotionnel neutre, positif ou négatif formé selon l'expérience antérieure de l'individu. Le caractère obsessionnel de l'intrusion cognitive est déterminé par le niveau perçu du sentiment de responsabilités véhiculé et par la signification accordée à l'intrusion cognitive. Selon ces données, toutes les pensées intrusives auraient le potentiel de devenir une obsession (Salkovskis & Harrison, 1984). Le concept clé de ce modèle n'est donc pas l'obsession comme telle mais bien la signification accordée à cette dernière (Salkovskis, 1999).

La définition du sentiment de responsabilité exagéré liée au TOC a été opérationnalisée comme la conviction de pouvoir provoquer ou prévenir la survenue de conséquences négatives concrètes ou morales (Salkovskis et coll., 2000; Salkovskis & Forrester, 2002). Les stratégies de neutralisation seraient alors initiées afin d'éviter d'être responsable de la survenue de l'événement anticipé (Salkovskis, 1996; Salkovskis,

Westbrook, Davis, Jeavons & Gledhill, 1997). Ajoutons que certains facteurs de maintien doivent être considérés dans l'interprétation du modèle. À titre d'exemple, l'interprétation erronée de l'intrusion et le sentiment de responsabilité font émerger des stratégies de neutralisation. Toutefois, les stratégies de neutralisation maintiennent les croyances erronées et le sentiment de responsabilité (Salkovskis & Forrester, 2002). Toujours dans la même veine, l'interprétation dysfonctionnelle de la signification de l'intrusion et le sentiment de responsabilité entraînent des changements émotionnels (détresse, anxiété et dépression). Cependant, l'état émotionnel (anxieux, déprimé) maintient l'interprétation dysfonctionnelle et le sentiment de responsabilité. Enfin, il faut comprendre que les effets (neutralisation, état émotionnel, biais attention/raisonnement, stratégies d'évitement) qui découlent de l'interprétation inexacte de l'intrusion et du sentiment de responsabilité maintiendront l'individu dans son état en créant ainsi une boucle. L'action qu'exerce chacune des variables l'une sur l'autre résulte d'un phénomène d'entretien de la boucle (Salkovskis et coll., 2000).

1.2.3 Modèle de Ladouceur

Le modèle de Ladouceur, Freeston et Rhéaume (1996) stipule que l'individu fait l'expérience d'intrusions cognitives et que l'interprétation qui est faite de l'intrusion est négative et erronée. Dans ce modèle (Annexe H), l'état émotionnel du sujet a de fortes influences sur la récurrence et l'augmentation de la durée des obsessions ainsi que sur le plan de l'évaluation erronée du contenu de l'intrusion et des probabilités de la survenue des conséquences négatives qui sont attendues. La personne perçoit un danger ce qui par conséquent, entraîne une augmentation de l'anxiété et un sentiment d'inconfort. La

neutralisation est mise en application pour diminuer la perception de danger, le sentiment de responsabilité exagérée et pour réduire l'inconfort. La neutralisation s'avère une stratégie inefficace (Tolin, Abramowitz, Przeworski & Foa, 2002), car le sujet n'a pas la chance de constater que les conséquences catastrophiques qu'il anticipe ne surviennent pas. L'évaluation négative et la neutralisation jouent donc un rôle majeur dans le maintien de la boucle des obsessions.

Enfin, Ladouceur, Freeston et Rhéaume (1996) soulèvent deux croyances essentielles qui sont à la base de l'évaluation erronée des intrusions cognitives. Le sentiment de responsabilité exagérée et la notion de perfectionnisme seraient les schèmes de bases jouant un rôle dans le développement et le maintien du trouble. Entre autres, plusieurs patients vérifient afin de prévenir un danger duquel ils se sentent responsables alors que pour d'autres, la vérification répétée vise l'idéal de perfection.

1.2.4 Forces et faiblesses des modèles psychologiques

Les modèles décrits furent choisis en raison de la pertinence de leur utilisation en thérapie. Ils sont simples, rendent bien compte des difficultés vécues et leurs fondements s'appuient sur des données empiriques. Ces modèles rendent bien compte de la cause des obsessions répétitives et persistantes, illustrent l'impact des facteurs de maintien, la notion du désir de contrôle de l'obsession et l'implication des stratégies de neutralisation.

Néanmoins, d'un point de vue clinique, le modèle des croyances dysfonctionnelles de Salkovskis présente certaines limites. Par exemple, il semble que certains sujets TOC ne rapportent pas de croyances dysfonctionnelles précises. Par ailleurs, les outils de mesures préconisés pour cerner les croyances distinguent

difficilement les problématiques qui génèrent de l'anxiété (différences entre les sujets souffrant du TOC des sujets souffrant d'un autre trouble anxieux) et ces mesures font preuve de très peu de sensibilité lors du traitement. Enfin, il est possible d'observer une diminution des symptômes du TOC lors du traitement en exposition et prévention de la réponse malgré l'absence d'un traitement psychologique orienté sur les cognitions ce qui peut être considéré comme une faille des modèles exclusivement à saveur cognitive (Abramowitz, Khandker, Nelson, Deakon & Rygwall, 2006).

Enfin, une limite inhérente des modèles psychologiques est qu'ils n'expliquent que partiellement les symptômes obsessionnels et les compulsions car ils ne tiennent pas compte des dysfonctionnements dans le circuit impliquant les régions du cortex orbito-frontal, du cortex cingulaire antérieur et du noya caudé (Pirot, 1998).

En conclusion, l'objectif visé par la présentation des modèles neurobiologiques, comportementaux et cognitifs visait tout simplement à éclairer le lecteur sur la provenance des traitements disponibles à ce jour pour les individus souffrant du TOC et aussi pour illustrer certaines bases théoriques qui guident la compréhension du trouble.. Les modèles furent choisis en fonction de leurs forces et faiblesses ainsi qu'en fonction de leur appréciation personnelle et de l'approche préconisée (cognitive et comportementale) pour le traitement du TOC par les cliniciens.

2. Principes de base de l'intervention cognitivo-comportementale du TOC

2.1 La restructuration cognitive

L'approche cognitive sous-tend l'exploration des croyances dysfonctionnelles, des pensées automatiques et des distorsions cognitives. Elle vise à semer le doute dans les

interprétations erronées et à modifier le degré de conviction (croyance) (Rachman, 1993). Afin de modifier une croyance, il est nécessaire de formuler des hypothèses alternatives, d'accumuler les preuves et ainsi, de remettre en question la croyance de base. Les outils répertoriés dans la littérature pour les fins de la restructuration cognitive sont nombreux et sont choisis en fonction des besoins du client. Certaines stratégies telles que la transmission d'informations, la grille d'analyse des pensées dysfonctionnelles, le questionnement socratique, la tarte des responsabilités et les tests comportementaux sont des plus utilisés dans le traitement du TOC (Salkovskis, 1996; 1999). Les stratégies n'ont pas une fonction de confrontation, mais amènent la personne à considérer des explications alternatives plus appropriées. Lorsque le client possède une bonne compréhension du modèle et du rationnel du traitement, le thérapeute utilise la technique de la flèche descendante afin d'accéder à la séquence cognitive des conséquences catastrophiques anticipées. Pour chacune des pensées (p.ex. si je ne place pas mes objets de telle manière, mes enfants mourront), le client est invité à noter son degré de croyance. Ainsi, il est possible de suivre l'évolution et de voir si le degré de croyance en la pensée diminue au fil de la thérapie (Freeston et coll., 1997; Salkovskis, 1999).

Les techniques cognitives sont aussi efficaces pour mettre en doute la véracité du sentiment exagéré des responsabilités (Arntz, Voncken & Goosen, 2007; Rasmussen & Eisen, 1992) et d'autres croyances en lien avec les pensées obsessionnelles comme le perfectionnisme (Freeston, Ladouceur, Gagnon & Thibodeau, 1993; Frost, Marten, Lahart, & Rosenblate, 1990; Frost & Steketee, 1997; Tolin, Abramowitz, Brigidi & Foa, 2003). Ces croyances habituellement sont très rigides et contribuent au maintien des comportements de neutralisation (Moulding & Kirios, 2006; Teachman, Woody &

Magee, 2006). Par exemple, la « tarte des responsabilités » est utilisée pour ébranler la pensée dichotomique que le client est le seul responsable du malheur qui pourrait survenir si l'obsession se concrétisait. Le client complète la tarte avec l'aide du thérapeute. Pour une croyance donnée, le client doit trancher la tarte et attribuer à chacune des pointes un pourcentage significatif de responsabilité à des événements externes (erreurs qui pourraient être causées par des événements externes, internes, imprévisibles, etc.) et terminer en attribuant sa part de responsabilité. Cet exercice permet de remettre en perspective la part réelle des responsabilités du client si l'événement catastrophique survenait. Il permet aussi de constater la probabilité que sa peur se matérialise est somme toute assez mince (Bouchard, Rhéaume & Ladouceur, 1999; Cougle, Lee & Salkovskis, 2007; Freeston, Rhéaume & Ladouceur, 1996).

2.2 L'exposition et la prévention des rituels

L'exposition est considérée comme un concept clé en TCC et provient de la théorie de l'apprentissage qui suggère que le conditionnement classique est le principal responsable du développement des obsessions alors que les processus qui sous-tendent les principes du conditionnement opérant agiraient comme facteurs de maintien de l'anxiété et des comportements d'évitement (Bouvard, 2003). L'exposition représente souvent l'élément central de la TCC pour le traitement des troubles anxieux (Barlow, 1988; Rachman, 2002; Shavitt et coll., 2006). Le terme exposition fait référence à un procédé qui vise à briser l'association entre les pensées intrusives et la perception de menace. Elle implique d'affronter les situations redoutées, au début avec l'aide du thérapeute, puis seul, jusqu'à ce qu'il y ait habitude. Pour ce faire, il s'agit d'amener

l'individu à faire face, de manière progressive et graduelle, à ses pensées intrusives. Lors de la séance d'exposition, le client doit tolérer le malaise qui l'habite tout en s'abstenant d'émettre les comportements de neutralisation. De même, il doit travailler à développer son sentiment d'efficacité personnelle face aux obsessions. Cette technique nommée la «prévention de la réponse» est jumelée à l'exposition puisque toutes deux combinées parviennent à réduire efficacement les symptômes du TOC (Abramowitz, Franklin & Cahill, 2003; Franklin et coll., 2000; Franklin et coll., 2002).

Les fondements de l'exposition et de la prévention de la réponse (EX/PR) suggèrent : (a) d'exposer le client au stimulus déclencheur des émotions aversives, (b) de freiner les compulsions ouvertes (observables) ou mentales et (c) d'enseigner au client à affronter l'anxiété ainsi qu'à tolérer les émotions déclenchées par la présence des obsessions (Abramowitz & Larsen, 2007; Bouvard, 2003; Pallanti & Querciolo, 2006). Les bases de l'exposition *in vivo* suggèrent également que lorsqu'un individu est confronté à un stimulus anxiogène, son anxiété grimpe rapidement, provoque de l'inconfort, fait son ascension jusqu'à son intensité maximale puis atteint un plateau (courbe de l'anxiété). Comme la personne anxieuse est portée à émettre des comportements d'évitement, à fuir ou à s'évader des situations, elle renforce le processus phobique qui réapparaîtra de la même façon lors d'une prochaine situation similaire. La tendance à éviter la situation redoutée, pour ne pas vivre l'anxiété qui y est associée, a comme effet de réduire l'intensité de l'anxiété à court terme. Dans le cas du TOC, les stratégies de neutralisation empêchent l'individu de s'apercevoir que la conséquence négative anticipée ne survient pas et ainsi, de diminuer l'anxiété qui résulte de l'interprétation de l'obsession (Abramowitz, Franklin, Schwartz et Furr, 2003;

Abramowitz, Whiteside et coll., 2003; Bouvard, 2003). Pour une exposition fonctionnelle, il faut établir une hiérarchie des situations auxquelles sera confronté le client et graduer le processus d'exposition. Enfin, l'exposition doit être prolongée et répétée afin de permettre l'habituation et donner lieu à la modification des cognitions (Abramowitz, Franklin & Cahill, 2003; Légeron & Gaillardreau, 1998).

Comme nous l'avons vu précédemment, l'EX/PR concerne les obsessions et les catastrophes négatives anticipées qui dérivent des pensées obsessionnelles (Rachman & De Silva, 1978; Taylor et coll., 2006) qui suscitent un lot d'émotions désagréables (Rachman, 1993). Comme le stimulus déclencheur aversif est interne (pensée intrusive, image, idée), le thérapeute et le client doivent identifier les scénarios qui agissent comme déclencheurs et rechercher des solutions pour activer de façon *progressive* et *graduelle* le stimulus déclencheur. Le client doit donc s'exposer à la situation phobogène sans émettre de compulsions (EX/PR) (p. ex. le client se rend dans les salles de toilettes publiques et ne se lave pas les mains) tout en s'exposant en imagination et donc, au scénario catastrophique anticipé (mes mains sont contaminées alors je contaminerai d'autres personnes et je vais faire mourir les membres de ma famille, etc.). Les techniques jumelées permettent une séance d'exposition plus efficace (Bouvard, 2003; Lopatka & Rachman, 1995).

Malgré toutes ces données concernant son efficacité (Abramowitz, 1997; Fisher & Wells, 2005; Lindsay et coll., 1997), il semble que l'application de l'exposition et la prévention de la réponse ne soit pas utilisée de façon systématique en raison de certains obstacles tels que le manque de connaissances suffisantes pour l'utiliser, l'hésitation à recourir aux manuels de traitement qui préconisent cet outil, le doute quant à la sécurité

ou sa standardisation difficile (Abramowitz, 1998; Abramowitz & Larsen, 2007; Freihi, Vye, Swan, & Cady, 2004). Comment expliquer que les thérapeutes n'optent pas pour le traitement de choix pourrait s'expliquer également par les facteurs suivants : la crainte d'augmenter le taux d'abandon au traitement, que l'exposition nuise à l'alliance thérapeutique ou que son application fasse subir une détresse au client (Feeny, Hembree & Zoellner; Hembree & Cahill, 2003) Hembree et Cahill (2007) rapportent que la majorité des thérapeutes n'optent pas pour la thérapie fondée sur des données probantes malgré qu'ils soient conscients de son existence. Toujours selon ces auteurs, implanter l'exposition et la prévention de la réponse comme outil d'intervention semble plus facile à dire qu'à faire (Hembree & Cahill, 2007).

Freihei et coll. (2004) ont sondé des psychologues possédant un niveau doctoral afin de documenter les outils d'intervention préconisés en clinique lors du traitement des gens souffrant de troubles d'anxiété. Les cliniciens devaient spécifier s'ils utilisaient l'exposition et la prévention de la réponse lors du traitement pour le TOC, le trouble panique (exposition aux stimuli intéroceptifs) ou l'anxiété sociale (exposition *in vivo*). Les auteurs ont également évalué l'utilisation de techniques non comportementales (p.ex. restructuration cognitive, relaxation, respiration, etc.). Dans l'ensemble, 71 % des cliniciens ont rapporté pratiquer selon l'approche cognitive-comportementale. Seulement 38 % d'entre eux ont dit avoir recours à l'exposition et la prévention de la réponse pour le traitement du TOC. En ce qui a trait à l'utilisation des stratégies non comportementales, 67 % des répondants disaient employer la restructuration cognitive et 41 % d'entre eux, la relaxation. L'exposition n'était pas l'outil le plus populaire pour le traitement du trouble panique et de l'anxiété sociale.

Ces résultats démontrent que la majorité des thérapeutes ne semblent pas proposer pas la thérapie par exposition de façon systématique aux clients souffrant de troubles anxieux (Hembree & Cahill, 2007). Les résultats de cette étude amènent un questionnement sur l'utilisation réelle de l'exposition et de la prévention de la réponse auprès des clientèles souffrant du TOC.

En raison l'efficacité connue de l'exposition et la prévention de la réponse et des données démontrant sa faible utilisation (Hembree & Cahill., 2007), il serait intéressant d'évaluer les attitudes et les croyances vécues chez les cliniciens lors du traitement par exposition et prévention de la réponse auprès de personnes souffrant de trouble obsessionnel-compulsif. Les fins de cette étude nous permettront d'évaluer si dans les diverses régions du Québec, les cliniciens sont à l'affût des stratégies validées empiriquement (Richard & Lauterbach, 2007) et s'ils sont influencés par le courant qui favorise les traitements soutenus par les données probantes.

3. Présentation d'une étude par article

Les prochaines pages décriront une étude qui fait appel à une méthode de sondage écrit pour cerner les croyances et les difficultés des intervenants à utiliser l'exposition et la prévention de la réponse dans le traitement du trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

En-tête: Similitudes et différences des professionnels avec ou sans spécialisation lors du traitement psychologique du trouble obsessionnel-compulsif

Étude portant sur l'évaluation des attitudes, des croyances négatives et des contraintes rencontrées lors du traitement par exposition de personnes souffrant de trouble obsessionnel-compulsif

Geneviève Labonté-Chartrand, M. Ps.
Candidate au Psy.D.

Stéphane Bouchard, Ph.D.

Sous la direction de: Stéphane Bouchard, département de Psychoéducation et de Psychologie, U.Q.O., case postale 1250, Hull, Gatineau, QC, J8X 3X7.
stephane.bouchard@uqo.ca

Mots-clés : TOC, exposition, attitudes, contraintes.

Résumé

Cet article tente de mettre en lumière d'une part, les mythes, les attitudes et les croyances des professionnels face à l'utilisation de l'exposition et de la prévention de la réponse comme outil d'intervention et d'autre part, les contraintes rencontrées lors de son application auprès d'individus souffrant du trouble obsessionnel-compulsif (TOC). Pour ce faire, deux sondages à des professionnels avec une spécialisation (AS) (n= 30) ou sans spécialisation (SS) (n= 26) dans le traitement cognitivo-comportemental du TOC ont été réalisés. Les principales différences entre les deux groupes sont : les professionnels AS se perçoivent comme mieux outillés lorsqu'il s'agit d'exposer le client. Les résultats démontrent également que les professionnels SS semblent bien informés des techniques utilisées en thérapie cognitivo-comportementale (TCC) même si la majorité rapportent ne pas les utiliser. Finalement, les implications cliniques telles que de faciliter l'accès à des formations professionnelles afin d'approfondir les connaissances quant aux particularités de l'exposition et la prévention de la réponse sont examinées et certaines suggestions concernant l'utilisation de la réalité virtuelle comme outil alternatif à la thérapie traditionnelle *in vivo* sont discutées.

Abstract

This article highlights the myths, beliefs and attitudes of professionals towards using exposure in the treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). Practical issues faced by therapists as they plan and conduct exposure in cognitive behaviour therapy (CBT) with OCD were also addressed. Two surveys were administered to a group of professionals considered as specialized in the CBT treatment of OCD (n = 30) or not specialized in the CBT treatment of OCD (n =26). The analyses revealed that the key difference between the two groups is that the experts perceive themselves a better equipped when it comes to performing exposure. The results also revealed that "non experts" were well informed of the techniques used in CBT and exposure, although the majority of them reported not using them. Finally, the clinical implications will be examined and some suggestions regarding the use of virtual reality as a tool alternative to traditional therapy *in vivo* will be discussed.

Étude portant sur l'évaluation des attitudes, des croyances négatives et des contraintes rencontrées lors du traitement de personnes souffrant de trouble obsessionnel-compulsif

Le TOC affecte entre 1 et 3 % de la population adulte (APA, 2000). Le taux de prévalence des troubles de comorbidité est assez élevé chez cette clientèle. Selon Bartz et Hollander (2006), approximativement 54 à 66 % des TOC souffriront d'un épisode dépressif au cours de l'évolution de la maladie (Franklin et coll., 2000). Ce trouble se caractérise plus particulièrement par la présence récurrente d'obsessions et/ou de compulsions. Les obsessions se présentent sous la forme de pensées, d'idées ou d'images vécues comme intrusives ou inappropriées et entraînent un sentiment marqué de détresse ou d'anxiété. Le caractère intrusif et inapproprié de l'obsession est qualifié d'égodystone. Ce concept réfère à la perception de l'obsession indésirée comme étant hors de son contrôle et surtout incohérente avec ses valeurs intrinsèques. Les pensées, images ou impulsions ne sont pas simplement des inquiétudes excessives concernant les difficultés quotidiennes et n'ont pas de lien significatif avec les problèmes de la vie réelle (APA, 2000). Quant aux compulsions, elles se définissent soit par des comportements répétitifs, soit par des actes mentaux. En réponse à l'expérience émotionnelle de détresse et d'anxiété, le sujet tente d'ignorer ou de supprimer l'obsession ou de la neutraliser avec des compulsions (Rhéaume, Freeston, Dugas, Letarte & Ladouceur, 1995; Salkovskis, 2000). Dans la plupart des cas, le sujet se sent poussé à accomplir les compulsions afin de réduire la détresse ou l'anxiété qui accompagne l'obsession ou afin de prévenir la survenue d'un événement ou d'une situation catastrophique (APA, 2000). Ce sont les attributions négatives ainsi que l'interprétation erronée de l'obsession qui déclenchent l'urgence de supprimer la pensée et qui mènent à l'exécution des compulsions et rituels

(Abramowitz et coll., 2003; Salkovskis et coll., 1997). Les compulsions les plus fréquemment observées sont : les ruminations, le lavage, les vérifications, la recherche d'ordre et de symétrie, l'accumulation ou la collection d'objets (Bouvard, 2003). Les auteurs s'entendent généralement pour énumérer six croyances dysfonctionnelles ou biais cognitifs dont la présence alimente la problématique (Julien, O'Connor, Aardema & Todorov, 2006; Obsessive Compulsive Cognitions Working Group, 1997). Il s'agit 1) du sentiment de responsabilité excessif (Ghassemzadeh, Bolhari, Birashk & Salavati, 2005; Rhéaume, Ladouceur, Freeston & Letarte, 1995), 2) de l'estimation de la menace, 3) du perfectionnisme (Frost & Steketee, 1997), 4) de l'intolérance à l'incertitude, 5) de l'importance excessive de la pensée et 6) du besoin de contrôle sur les pensées (Yorulmaz, Karanci & Tekok-Kiliç, 2006).

La thérapie par exposition et prévention de la réponse (EX/PR) semble être le traitement de choix pour le TOC (Franklin et coll., 2000; Lindsay et coll., 1997; Richard & Gloster, 2007). Certains auteurs la définissent comme le plus efficace (Abramowitz & Larsen, 2007) et d'autres suggèrent qu'elle est aussi efficace que certains traitements pharmacologiques (Franklin et coll., 2002). La clé de cette technique est d'amener le client à confronter ses obsessions sans lui permettre d'effectuer ses compulsions habituelles et ce, tout en estimant les probabilités réelles que la peur obsessionnelle se matérialise. Les expositions répétées auront comme impact de réduire l'anxiété et les comportements ritualisés qui s'y rattachent (Abramowitz & Larsen, 2007).

Toutefois, malgré les résultats qui démontrent l'efficacité des interventions cognitivo-comportementales, certains sujets TOC connaîtront une rémission partielle (Abramowitz, 1998) ou seront victimes d'une rechute (Hiss, Foa & Kozak, 1994). Ces

résultats sont aussi trouvés par Fisher et Wells (2005) qui suggèrent qu'environ 60 % des sujets connaîtront une rémission complète des symptômes. Il semble donc que la thérapie par EX/PR *in vivo* est efficace mais que son application et sa standardisation pourrait être des sources défavorables pour les chercheurs qui souhaitent l'appliquer dans leurs protocoles de recherche (Légeron & Gaillardeau, 1998; Shavitt et coll., 2006).

Certains facteurs sont répertoriés comme pouvant influencer le succès du traitement psychologique du TOC. Par exemple, les TOC souffrant de ruminations feraient usage de rituels mentaux subtils afin de neutraliser l'anxiété suscitée lors de l'exposition aux stimuli anxiogènes. Cette stratégie nuirait à l'efficacité des séances d'exposition (Ladouceur et coll., 1995). Entre autres, le pronostic serait moins favorable lors de la présence de troubles de comorbidité, de traits de personnalité dysfonctionnels ou de la pauvreté de «l'insight» (Abramowitz, Franklin, Schwartz et coll., 2003).

D'autres limites plus spécifiques à l'exposition *in vivo* et peuvent rendre l'application et la standardisation difficiles. Par exemple, il arrive que le client ait trop peur de s'exposer ou refuse de s'exposer sur une longue période. Ces difficultés peuvent indiquer un problème dans le choix du scénario ou du stimulus qui n'est pas correctement adapté au client. Il faut alors revenir à un exercice d'exposition plus facile pour le client (Bouvard, 2003). Un des problèmes rencontrés dans ce cas réside dans le défi de cerner un scénario qui provoque de l'anxiété à un niveau très faible pour débiter les premières séances d'exposition. En outre, un autre problème surgit lors de l'exposition à l'imagination. Certains clients font de l'évitement cognitif pour neutraliser l'anxiété lors de l'exposition scénarios catastrophiques (Ladouceur, Freeston, Gagnon, Thibodeau & Dumont, 1995). Cela représente une contrainte importante puisque le thérapeute doit

toujours être à l'affût des comportements d'évitements et des cas où le client ne récrée pas pleinement en imagination le scénario anxigène.

Par ailleurs, le thérapeute doit veiller à reproduire en séance des situations anxigènes qui possèdent des caractéristiques très similaires à celles auxquelles est confronté le client dans sa vie quotidienne (Bouvard, 2003). La reproduction de stimuli déclencheurs peut s'avérer un défi difficile (exposer le client à la saleté, à une maladie infectieuse, compulsions de rangement ou d'accumulation, etc.) surtout dans certaines situations impliquant la peur d'abus d'enfants, d'image de violence, d'horreur ou d'images à caractères sexuels, etc. Par conséquent, les difficultés rencontrées en thérapie *in vivo* accentuent l'importance de se questionner sur les améliorations qui pourraient être apportées afin de bonifier l'utilisation de l'exposition.

Nous nous demandons si les mythes qui circulent sur l'exposition pourraient devenir un prétexte pour ne pas y recourir. Certaines croyances à l'égard de l'exposition sous-tendent que : *a*) les participants dans les études sont des cas « purs » sans comorbidité, ce qui peut expliquer le succès thérapeutique, *b*) la thérapie par exposition est inefficace avec des cas complexes, *c*) les résultats de la thérapie par exposition ne sont pas généralisables dans d'autres contextes de la vie du client, et *d*) que l'exposition exacerbe les symptômes anxieux et augmente les chances d'abandon du traitement (Feeny, Hembree & Zoellner, 2003; Hembree & Cahill, 2003; Richard & Gloster, 2007).

En raison des défis rencontrés lors du traitement des clientèles TOC, des questions se sont soulevées sur les difficultés vécues par les cliniciens lors du traitement psychologique en exposition *in vivo* avec prévention de la réponse. Des interrogations sur les motifs expliquant que le traitement par exposition auprès des clients anxieux ne soit

pas proposé de manière systématique (Freiheit et coll., 2004; Hembree & Cahill, 2007) en raison du support empirique de son efficacité (Abramowitz, 1997; Bouvard, 2003; Richard & Lauterbach, 2007) sont aussi émises.

Cette étude portera plus spécifiquement d'une part, sur l'évaluation des attitudes des professionnels avec une spécialisation « AS » et sans spécialisation « SS » en TCC pour le traitement du TOC. Nous tenterons d'évaluer les contraintes rencontrées par les psychologues des deux échantillons lors de l'utilisation de l'EX/PR d'une clientèle souffrant du TOC. Les questions de recherche posées sont les suivantes : 1) Est-ce que certaines croyances véhiculées par les professionnels à l'égard de l'exposition *in vivo* avec prévention de la réponse freinent son utilisation? 2) Quelles sont les attitudes qui motivent les intervenants à ne pas utiliser l'EX/PR lors du traitement psychologique du TOC malgré son efficacité? 3) Quelles sont les contraintes rencontrées par les intervenants lors d'un traitement psychologique auprès d'une clientèle souffrant du TOC?

Méthode

Recrutement

Un échantillon de convenance a été recruté pour cette étude. Le premier sous-groupe rassemble les professionnels ayant une spécialisation « AS » dans le traitement cognitivo-comportemental du TOC. Les établissements ciblés furent plus précisément : 1) The Quebec Obsessive Compulsive Disorder Foundation, 2) Centre d'Étude sur les Troubles Obsessionnels-Compulsifs et les Tics du Centre de Recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, 3) Obsessive-Compulsive Disorder Clinic of the McGill University Health Center, 4) START Clinic, 5) CBT Institute, 6) Département de

psychologie, Université de Montréal, 7) Département de psychologie, Université de Sherbrooke, 8) Département de psychologie, Université du Québec à Montréal, 9) Département de psychologie, Université du Nouveau-Brunswick, 10) Département de psychologie, Ryerson University, 11) McMaster University Medical Center, 12) Département de psychologie, Université du Québec en Outaouais, 13) Département de psychologie, Université du Manitoba et 14) Département de psychologie, Hôpital Royal Victoria.

Le deuxième groupe consiste en des professionnels sans spécialisation spécifique « SS ». Pour former cet échantillon, nous avons sélectionné 4 régions populeuses sur le territoire québécois (Outaouais, Montréal, Québec et Trois-Rivières). De façon aléatoire, nous avons sélectionné 50 psychologues par régions inscrits au tableau des membres sur le site de l'Ordre des psychologues du Québec.

Critères d'inclusion

Les candidats retenus pour l'échantillon « AS » devaient : *a)* être membre d'un ordre professionnel de psychologie (p.ex l'Ordre des psychologues du Québec) ou du Collège des médecins, *b)* avoir effectué entre 30 et 40 psychothérapies complètes auprès d'une clientèle souffrant du TOC en utilisant l'approche cognitivo-comportementale ou *c)* être un chercheur ou un doctorant actif dans domaine de recherche touchant la problématique du TOC. Les participants uniquement chercheurs ont été retenus.

Critères d'exclusion

Tous les candidats ayant dûment complété les sondages et ne répondant pas aux critères d'inclusion mentionnés précédemment furent automatiquement considérés pour

l'échantillon « SS ». Les professionnels retenus devaient : *a)* être membres d'un ordre professionnels de psychologie, *b)* posséder des connaissances minimales sur les symptômes du TOC et *c)* avoir un intérêt à participer à cette recherche. Il n'était pas obligatoire que ces professionnels connaissent ou expérimentent la TCC.

Procédure

L'ensemble des participants ont reçu par la poste les documents nécessaires à leur participation. Une enveloppe pré-affranchie fut ajoutée afin de faciliter le retour des documents. Le formulaire de consentement (Annexe A) ainsi que la lettre d'invitation (Annexe B) expliquaient les enjeux de l'étude, les buts de cette étude et les avantages de mener à terme cette étude. Les participants furent invités à bien vouloir compléter, signer et dater le formulaire de consentement et les deux sondages joints dans le document. L'absence de risques et l'importance d'un consentement libre et éclairé furent soulevés. Les participants furent informés du temps approximatif requis pour compléter les documents, soit environ une vingtaine de minutes.

Instruments

Trois documents furent utilisés pour les fins de cette étude. Le premier visait à recueillir des données descriptives. Deux sondages furent construits (Bouvard, 2003, Richard & Lauterbach, 2007) sur le traitement du TOC en TCC et sur les contraintes recensées lors de l'EX/PR.

Données descriptives (Annexe C)

Cette fiche permet de recueillir des données qualitatives sur le profil professionnel des candidats. Les informations obtenues servent à distinguer les participants «AS» dans le traitement du TOC des participants «SS». Afin de compléter l'outil, le professionnel

doit répondre à des questions concernant son niveau de scolarité, sa profession, son domaine de spécialisation (évaluation, traitement, recherche, éducation, etc.), l'orientation théorique (TCC, humaniste, psychodynamique, pharmacologique, etc.), le nombre d'années d'expérience, le nombre de clients TOC traités depuis le début de la carrière, sur les compétences en ce qui a trait aux traitements des troubles de comorbidité tels que les tics, le jeu, l'hypocondrie, etc. Enfin, certaines questions sont posées sur les groupes d'âge clientèles cibles (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées, etc.) et sur les milieux de travail (université, centre hospitalier, CLSC, pratique privée, etc.).

Sondage sur les attitudes des intervenants (Annexe D)

Ce sondage comporte 18 énoncés qui correspondent à des attitudes des intervenants envers l'utilisation de l'EX/PR dans le traitement du TOC. Le participant doit évaluer sur une échelle de Likert de 10 points (0 « tout à fait en désaccord » à 10 « tout à fait en accord ») jusqu'à quel point il croit à chaque attitude.

Sondage sur les difficultés rencontrées lors des séances d'exposition (Annexe E)

Ce sondage comporte 33 énoncés qui correspondent à des difficultés qui peuvent être rencontrées par les intervenants lors de l'EX/PR auprès d'individus souffrant du TOC. Cinq sections sont identifiées et regroupent les questions en lien avec les différents sous-types de TOC soit : 1) les sujets souffrant de rituels de « lavage », 2) de « vérification », 3) de « rumination », 4) de « collection ou d'accumulation » et 5) les sujets qui recherchent l'ordre, la symétrie et la perfection. La dernière section du sondage contient des questions d'ordre général concernant l'exposition. Le sujet doit évaluer sur une échelle de Likert de 10 points (0 « absence de difficulté » à 10 « extrêmement difficile ») jusqu'à quel il est en accord avec l'énoncé.

Résultats

Au total, deux cent cinquante questionnaires furent acheminés. Cinquante-six professionnels ont participé à la recherche (29 femmes et 27 hommes). Parmi ces professionnels, trente ont été classés comme ayant une spécialisation « AS » sur le plan de l'évaluation et de l'intervention auprès de clientèles souffrant du TOC (11 femmes et 19 hommes). Quarante-neuf des cinquante-six participants (88%) ont rapporté exercer la profession de psychologue. L'échantillon regroupe aussi des psychiatres ($n=5$), un étudiant au troisième cycle en psychologie et un travailleur social actif en psychothérapie possédant un diplôme de premier cycle. La pratique privée, le milieu universitaire et les centres de santé et de services sociaux sont les milieux identifiés comme les plus populaires pour la pratique de la psychothérapie. La moitié des professionnels ($n=28$) recrutés oeuvrent au sein de plusieurs établissements simultanément (ex. pratique privée/centre hospitalier). La différence d'années de pratique chez les participants « AS » ($M=17.83$, $ét=10.67$) vs les participants « SS » ($M=15.19$, $ét=9.60$) est non significative ($t_{(52)}=0.037$, ns). En contre partie, si nous comparons les deux échantillons, il existe une différence significative en ce qui a trait à la moyenne des clients TOC traités au cours de la carrière ($t_{(48)}=3.89$, $p<.05$). En effet, cette moyenne oscillerait à près d'une centaine ($M=125.28$, $ét=68.29$) chez les « spécialistes » comparativement à une dizaine chez les « non spécialistes » ($M=10.32$, $ét=1.86$).

Soulignons que 61% des professionnels ($n=34$) disent utiliser de façon exclusive l'approche cognitivo-comportementale et exercer auprès d'une clientèle adulte ($n=39$) souffrant du TOC et d'autres troubles anxieux. Les autres candidats ($n=22$) s'identifient à une ou plusieurs autres approches théoriques parmi les suivantes, psychodynamique-

analytique, systémique-interactionnelle, pharmacologique, TCC 3^e vague ou existentielle-humaniste lors du traitement du TOC. La pratique de la psychothérapie en format individuel (n= 38) est la plus répandue.

Les résultats compilés dans le Tableau 1 rendent compte des attitudes des participants « AS » et « SS » à l'égard de divers facteurs sous-jacents à l'EX/PR. Comme les données du sondage ne se distribuent pas normalement, un test W de Wilcoxon a été appliqué.

De façon générale, on constate une attitude assez juste de la part des deux groupes vis-à-vis l'exposition. On note une différence significative entre les deux échantillons sur le plan de l'utilisation de la TCC, des connaissances reliées au TOC et du sentiment d'être bien outillé pour conduire une séance d'exposition. Malgré ces différences entre les groupes, on remarque au sein des deux échantillons une tendance à utiliser l'EX/PR lors du traitement du TOC. Enfin, il n'y a pas de différence significative entre les groupes pour les croyances négatives évaluées par le sondage (p.ex. l'exposition peut aggraver les symptômes, l'exposition augmente le taux d'abandon en thérapie, etc.).

Les Tableaux 2, 3, 4 et 5 font état des statistiques évaluant les difficultés rencontrées par les professionnels lors des séances d'exposition avec prévention de la réponse auprès de clientèles souffrant du TOC. Globalement, les participants « AS » ne semblent pas rencontrer d'énormes difficultés, ce qui n'est pas le cas des participants « SS ». Pour les personnes atteintes de rituels de lavage, les résultats indiquent des différences significatives entre les participants des deux groupes « AS » et « SS » pour la création de stimuli pour l'exposition aux microbes. Nous observons également un écart entre les groupes pour la facilité à graduer et à standardiser les stimuli d'une séance

d'exposition à l'autre. Enfin, aucune différence n'est notée en ce qui concerne l'élimination des comportements d'évitement susceptibles de nuire au succès de l'exposition. Pour les personnes atteintes de rituels de « vérification » autant que pour les individus qui présentent des difficultés sur le plan de la « collection et /ou de l'accumulation » et les personnes qui ont des rituels de « rumination », des différences significatives sont notées. Entre autres, ces différences concernent la reproduction des stimuli nécessaires à l'exposition, la standardisation ainsi qu'à la gradation de ces derniers. Les participants « SS » voient plus de difficultés lorsqu'il s'agit de graduer et d'éliminer les pensées liées aux ruminations.

Enfin, pour toutes ces catégories, il faut souligner l'absence de différence en ce qui a trait aux difficultés rencontrées lorsqu'il s'agit d'éliminer les comportements d'évitement sauf dans la catégorie des ruminateurs. On peut donc émettre l'hypothèse que les ruminations sont perçues comme présentant un défi de plus grande envergure pour les cliniciens.

Pour conclure, nous notons une différence significative entre les participants « AS » ($M = 2.04$, $ét = 2.34$) et les participants « SS » ($M = 4.95$, $ét = 3.69$), $t = (3.2) < 0.01$ concernant leur soucis de briser la confidentialité lors des séances d'exposition avec prévention de la réponse.

Discussion

Cette étude nous permet de mettre en lumière les croyances des cliniciens lorsqu'ils décident d'utiliser l'exposition et la prévention de la réponse comme outil de traitement auprès d'une clientèle souffrant de TOC. La thérapie par exposition représente sans doute l'un des traitements de choix pour le TOC (Abramowitz & Larsen, 2007;

Lindsay et coll., 1997). Certaines données soutiennent qu'environ 60% des sujets connaîtront une rémission complète des symptômes obsessionnels et compulsifs (Fisher & Wells, 2005) en appliquant les traitements reconnus efficaces tels que la combinaison de la thérapie cognitivo-comportementale et la pharmacothérapie (Pirot, 1998). Compte tenu l'existence de telles issues thérapeutiques, nous avons jugé pertinent d'explorer les écrits scientifiques pour comprendre de quelle façon les cliniciens sélectionnent les outils de traitement qu'ils utilisent. Se basent-ils sur les données probantes? S'empêchent-ils d'utiliser l'exposition et la prévention de la réponse en raison de croyances erronées concernant son accessibilité, sa fiabilité ou la complexité de son application ?

Nous souhaitons explorer les croyances des cliniciens pratiquant en territoire canadien et comparer nos résultats avec les études qui montrent que la majorité des thérapeutes n'optent pas pour la thérapie fondée sur des données probantes (Hembree & Cahill., 2007) malgré qu'ils soient conscients de son existence et du taux de réussite associé à l'exposition et la prévention de la réponse pour le traitement du TOC (Freihei et coll., 2004).

Les résultats de notre étude démontrent que la majorité des professionnels disent avoir recours à l'exposition et la prévention de la réponse pour le traitement psychologique du TOC et ce, indépendamment de l'orientation théorique. Notons que les différences entre les participants « AS » et « SS » sont plutôt liées à la perception subjective du nombre de connaissances que chacun possède sur le TOC. Ces résultats sont étonnants et suscitent des pistes de réflexion. Nous pourrions croire que par soucis de professionnalisme et pour assurer le bien-être du client, les intervenants sélectionnent les outils reconnus comme efficaces dans les écrits scientifiques et ce, malgré leur

affiliation à un courant différent de la TCC. De façon plus probable, ces résultats pourraient provenir d'un biais dans les réponses des participants surtout si l'on se fie aux résultats issus de l'étude de Freihei et coll. (2004) qui montrent que les psychologues recourent plus aisément aux stratégies non comportementales dans le traitement des troubles d'anxiété en général, mais aussi pour le traitement de personnes souffrant du TOC. Par ailleurs, les résultats montrent également une différence sur le sentiment d'être bien outillé lors de l'exposition d'un client souffrant du TOC. On peut alors se demander si les professionnels « SS » qui utilisent l'exposition sont convenablement outillés et en mesure d'exposer le client ou s'ils ont recours à des formations ou de la supervision pour s'assurer du bien-être du client puisqu'il est également documenté que d'implanter l'exposition avec prévention de la réponse est « plus facile à dire qu'à faire » (Hembree & Cahill, 2007).

Il s'avère important de souligner l'absence de différence significative entre les deux échantillons sur le plan des croyances négatives véhiculées à l'égard des impacts de l'exposition comme outil d'intervention chez le client et sur le plan de l'alliance thérapeutique. Plus précisément, les participants « SS » ne semblent pas être plus influencés par les mythes qui circulent sur l'exposition (p.ex l'exposition peut nuire au bien-être du client). Ces résultats sont congruents avec l'absence de différence entre les deux groupes sur le plan de l'utilisation de l'exposition comme outil d'intervention. Ces données sont étonnantes, d'une part, en raison des mythes connus dans les écrits sur les supposés problèmes éthiques de l'exposition (Feeny et coll., 2003; Hembree & Cahill, 2003; Richard & Gloster, 2007), et d'autres part, en raison du refus documenté de plusieurs professionnels de la santé mentale en ce qui a trait à l'utilisation de l'exposition

car ils considèrent son application difficile (Hembree & Cahill, 2007). Ces résultats portent à croire que les motifs des professionnels qui choisissent de ne pas utiliser l'exposition ne sont pas nécessairement en lien avec les mythes sur l'exposition. De façon hypothétique, nous pourrions spéculer que les cliniciens « SS » sont, soit ouverts à utiliser l'exposition lorsqu'elle apparaît être l'outil le plus adéquat à ce moment et ce, sans exercer exclusivement en TCC ou soit qu'ils sont bien informés des méthodes de traitement efficaces et qu'ils ont répondu à nos sondages en fonction de leurs connaissances plutôt qu'en tenant compte de leur utilisation réelle de l'exposition comme outil d'intervention.

Le sondage sur les difficultés recueillies par les intervenants lors de l'exposition révèle des données fort intéressantes. Il en ressort principalement que les professionnels avec une spécialisation se perçoivent plus efficaces et se sentent comme plus outillés que les professionnels sans spécialisation lorsqu'il s'agit de recréer, graduer et standardiser les stimuli pour obtenir des séances d'exposition efficace. Ces résultats sont loin d'être étonnants compte tenu que l'exposition est un outil qui prend toute son efficacité avec la pratique et l'expertise, ce que devrait posséder les experts en TCC qui se spécialisent dans le traitement du TOC.

Ce qui ressort clairement des résultats de cette étude est que les différences entre les deux groupes se situent pour la plupart sur le plan des particularités ou technicités de l'exposition. On voit à quel point l'exposition est un outil complexe dont l'efficacité se matérialise avec l'expérience du professionnel. Ces résultats justifient la nécessité d'être rigoureusement formé sur son application afin d'en surmonter les difficultés, mais aussi pour augmenter le confort du thérapeute qui l'utilise. Enfin, on peut penser que ces

contraintes soient encore plus irréfutables pour les individus qui n'ont pas répondu aux sondages. Néanmoins, certaines limites doivent être considérées.

Les résultats obtenus aux sondages demeurent une mesure subjective que possèdent les participants de leur maîtrise et de leurs connaissances sur le TOC. Il est difficile d'évaluer jusqu'à quel point les résultats obtenus sont représentatifs de ce qui se passe réellement en thérapie. Notre étude vise une approche exploratoire ce qui fait en sorte que nous n'avions pas d'hypothèses préconçues et n'avons pas effectué de corrections de Bonferroni. Ce genre d'étude exploratoire nous a amené à sélectionner des instruments de type sondage afin d'avoir une latitude sur le plan interrogatoire. Nous avons donc été obligé de créer des sondages pour répondre à nos besoins. Une limite des instruments de mesure de type sondages est qu'ils ne révèlent pas des mesures de construits bien précis. Pour tenter de pallier à cette limite, nous avons demandé à deux chercheurs sur le trouble obsessionnel-compulsif d'arriver à un consensus sur la pertinence des éléments inclus dans les sondages. L'expertise pour la création de ses sondages ne fut pas donc pas systématique. Il aurait été approprié de faire une étude préliminaire pour valider nos outils. Enfin, une autre limite de notre étude est en lien avec l'échantillonnage de convenance sélectionné. Bien qu'il fût sélectionné aléatoirement, il pourrait être non représentatif de tous les thérapeutes TCC ou de tous les thérapeutes non experts. Il serait donc intéressant de répliquer cette étude en palliant aux limites ci-haut mentionnées.

Pour conclure, comme les données ont montré que les participants « SS » semblent être ouverts à l'utilisation de l'exposition comme outil d'intervention et que les participants « AS » rapportent parfois avoir quelques difficultés en exposition, il est

intéressant de songer à l'implantation d'un outil alternatif pour pallier aux contraintes que suscite l'exposition *in vivo*.

Références

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatment for obsessive-compulsive disorder : a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 44-52.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 1049-1057.
- Abramowitz, J. S. & Larsen, K. E. (2007). In D. Richard, & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies*, (pp. 185- 220). Elsevier : Oxford.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., & Tolin, D. F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder : a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy, 41*, 529-540.
- Bartz, J. A., & Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 30*, 338-352.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Bouvard, M. (2003). *Les troubles obsessionnels compulsifs. Pratique en psychothérapie*. Paris: Masson.
- Elsebet, S., Hansen, S., Hasselbalch, I. L., Tom, G. B. (2002). The caudate nucleus in obsessive-compulsive disorder. Reduced metabolism following treatment with paroxetine: a PET study. *International Journal of Neuropsychopharmacology, 5*(1), 1-10.
- Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Zoellner, L. A. (2003). Myths regarding exposure therapy for PTSD. *Cognitive and behavioral practice, 10*, 85-90.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder ? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy, 43*, 1543-1558.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. j., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder : randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 594-602.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Bux Jr., D. A., Zoellener, L. A., & Feeny, N. C.

- (2002). Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 162-168.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., & coll. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts : a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-415.
- Frost, R., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.
- Hembree, E. A., & Cahill, S. P. (2003). In D. Richard, & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies*, (p. 389-408). Elsevier : Oxford.
- Julien, D., O'Connorn, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41, 1205-1216.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S., & coll. (1995). Experimental manipulations of responsibility: An analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 937-946.
- Légeron, P., & Gaillardreau, J. (1998). Phobies sociales. Dans C. André (Éd.), *Phobies et obsessions* (pp. 83-135). Paris : Doin Éditeurs.
- Lindsay, M., Crino, R., & Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 171, 135-139.
- Molina, V. & coll. (1995). Drug therapy and cerebral perfusion in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of Nuclear Medicine*, 36(12), 2235-2238.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Pallanti, S., & Querciolo, L. (2006). Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: Methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 400-412.
- Richard, D. C. S., & Gloster, A. T. (2007). Exposure Therapy has a public relations problem: A dearth of litigation amid a wealth of concern. In D. Richard, & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies*, (p. 409- 426). Elsevier : Oxford.
- Richard , D. C. S., & Lauterbach, D. L. (2007). *Handbook of exposure therapies*.

Elsevier: Oxford.

Salkovskis, P. M., Westbrook, D., Davis, J., Jeavons, A., & Gledhill. (1997). Effects of neutralizing on intrusive thoughts: an experiment investigating the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 211-219.

Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, N., Morrison, E., Forrester, C., Richards, A., & coll. (2000). Responsibility attitudes and interpretation are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.

Statistiques descriptives de l'échantillon de convenance (n=56)

Énoncé	Statistique %
Taux de rétention sur les 214 questionnaires acheminés	26
Nombre de femmes	52
Nombre d'hommes	48
Exercent la profession de psychologue	88
Travaillent dans plus d'un établissement simultanément	50
Exercent en thérapie cognitivo-comportementale exclusivement	61
Exercent auprès d'une clientèle adulte uniquement	61

Tableau 1

Test W de Wilcoxon au sondage portant sur les attitudes des participants « AS » et des participants « SS » à l'égard de divers facteurs sous-jacents à la thérapie par exposition avec prévention de la réponse

Énoncés	Participants « AS » n = 30		Participants « SS » n = 26		Z	Total %
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
# 1. J'utilise l'approche TCC.	9.3	1.18	7.42	2.87	2.91**	84.2
#2. J'ai des connaissances sur l'exposition pour le TOC.	9.23	1.17	7.12	2.21	4.34***	82.3
#3. J'utilise l'exposition.	8.2	2.7	7.42	2.99	1.18	78.3
#4. Je doute de la sécurité de l'exposition.	1.1	1.35	2.16	2.78	1.22	15.6
#5. L'exposition peut aggraver les symptômes.	1.93	2.24	2.36	2.22	1.09	21.3
#6. J'hésite à utiliser les manuels de traitement.	2.28	2.63	3.28	3.03	1.53	27.6
#7. L'exposition est un outil de choix.	8.53	1.78	8.64	2.12	.46	85.5
#8. Les études qui utilisent l'exposition sont expérimentées sur des «cas purs».	3.7	3.05	4.84	2.73	1.49	42.1
#9. Je me sens efficace lorsque je conduis une	7.97	1.96	6.92	2.29	2.06 *	74.9

séance d'exposition.						
#10. Je crois que les résultats des études sur l'exposition ne sont pas généralisables.	2.97	2.24	2.67	2.08	.57	28.6
#11. L'exposition augmente le taux d'abandon.	3.77	2.78	4.24	3.22	.52	39.9
#12. La TCC est superficielle.	1.0	1.70	1.83	2.75	1.22	13.7
#13. La TCC peut nuire à l'alliance.	.60	.86	1.12	1.62	1.01	8.32
#14. L'exposition va à l'encontre des soucis du thérapeute de ne pas nuire au client.	.60	.86	.68	.90	.46	6.37
#15. L'exposition fait subir une détresse au client.	1.67	2.15	2.44	2.18	1.58	20.3
#16. L'exposition présente un dilemme éthique.	1.53	2.19	1.92	1.75	1.58	17.1
#17. Client exposé a plus de risque de porter plainte.	1.2	1.73	1.25	1.70	.19	12.23
#18. Je me sens bien outillé quand j'utilise l'exposition.	8.57	1.48	6.4	2.66	3.63***	75.6

AS = avec spécialisation

SS = sans spécialisation

Note.

* $p < .05$

** $p < .01$

*** $p < .001$

Tableau 2

Test de W de Wilcoxon au sondage portant sur difficultés rencontrées lors de l'exposition avec prévention de la réponse des clients souffrant de rituels de lavage chez les participants « AS » et les participants « SS »

Énoncés (0-10)	Participants « AS » n = 30		Participants « SS » n = 26		Z	Total %
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Difficile recréer stimuli-contamination	4.63	3.06	5.69	3.34	1.14	51.2
Difficile recréer stimuli- microbes	3.37	2.77	5.3	3.3	2.34 *	42.7
Difficile recréer stimuli- contact autrui	1.7	2.29	3.33	3.64	1.38	24.6
Difficile recréer stimuli- contact objet	1.03	1.75	2.96	3.25	2.57*	19.3
Difficile graduer stimuli	1.8	1.65	4.42	3.05	3.28 ***	30.2
Difficile de standardiser stimuli	2.6	1.96	5.52	2.74	3.86***	39.5
Difficile éliminer évitement- pensées	4.9	2.43	6.04	2.56	1.64	54.3
Difficile éliminer évitement- prévention réponse	4.73	2.53	6.08	2.72	1.86	53.6

AS = avec spécialisation

SS = sans spécialisation

Note.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tableau 3

Test W de Wilcoxon au sondage portant sur difficultés rencontrées lors de l'exposition avec prévention de la réponse des clients souffrant de rituels de vérification chez les participants « AS » et les participants « SS »

Énoncés (0-10)	Participants « AS » n = 30		Participants « SS » n = 26		Z	Total %
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Difficile recréer stimuli- porte/fenêtre	3.73	2.86	5.5	3.18	2.03*	45.5
Difficile recréer stimuli- source d'eau	3.57	2.93	5.82	3.29	2.36**	46.1
Difficile recréer stimuli- source d'électricité	3.73	3.15	5.88	3.08	2.39**	47.3
Difficile recréer stimuli- erreur route	4.77	3.02	6.67	3.18	2.08*	56.5
Difficile graduer stimuli	2.93	2.41	5.29	3.11	2.94**	40.3
Difficile de standardiser stimuli	3.4	2.71	6.3	3.01	3.11**	47.5
Difficile éliminer évitement- pensées	5.17	2.72	6.33	2.73	1.57	57.1
Difficile éliminer évitement- prévention réponse	4.77	2.82	6.21	2.77	1.80	54.4

AS = avec spécialisation

SS = sans spécialisation

Note.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tableau 4

Test W de Wilcoxon au sondage portant sur difficultés rencontrées lors de l'exposition et de la prévention de la réponse des clients souffrant de ruminations auprès des participants « AS » et des participants « SS »

Énoncés (0-10)	Participants « AS » n = 30		Participants « SS » n = 26		Z	Total %
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Difficile recréer stimuli- imagination	3.17	2.61	5.69	2.48	3.27***	43.4
Difficile recréer stimuli- phobie d'impulsion	3.67	2.84	6.14	2.66	2.99**	48.2
Difficile graduer stimuli	4.17	3.03	6.43	2.23	2.86**	52.2
Difficile de standardiser stimuli	3.83	2.79	6.73	2.68	3.31***	51.8
Difficile éliminer évitement- pensées	5.67	2.68	7.04	2.82	2.02*	63.1

AS = avec spécialisation

SS = sans spécialisation

Note.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tableau 5

Test W de Wilcoxon au sondage portant sur difficultés rencontrées lors de l'exposition et de la prévention de la réponse des clients souffrant de rituels de collection ou d'accumulation auprès des participants « AS » et des participants « SS »

Énoncés (0-10)	Participants « AS » n = 30		Participants « SS » n = 26		Z	Total %
	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Difficile recréer stimuli- jeter objet	3.21	2.96	6.25	2.68	3.12***	46.2
Difficile recréer stimuli- environnement/maison	4.64	3.57	7.67	2.92	2.82**	60.5
Difficile graduer stimuli	3.89	3.17	6.95	2.82	2.99**	53.1
Difficile de standardiser stimuli	4.18	3.16	7.05	2.85	2.93**	55.1
Difficile éliminer évitement-prévention réponse	4.93	2.87	6.95	2.76	2.27*	58.7

AS = avec spécialisation

SS = sans spécialisation

Note.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

Tableau 6

Test W de Wilcoxon au sondage portant sur difficultés rencontrées lors de l'exposition et la prévention de la réponse des clients souffrant de rituels « d'ordre et de symétrie » auprès des participants « AS » et des participants « SS »

	<u>Participants « AS »</u> n = 30		<u>Participants « SS »</u> n = 26		Z	Total %
Énoncés (0-10)	Moyenne	Écart-type	Moyenne	Écart-type		
Difficile recréer stimuli	3.34	2.92	5.22	2.94	2.24*	42.1
Difficile graduer stimuli	3.34	2.87	5.30	3.07	2.38*	42.5
Difficile de standardiser stimuli	3.65	2.86	6.31	2.73	3.13**	48.9
Difficile éliminer évitement-pensées	4.92	2.76	6.13	2.47	1.51	54.8
Difficile éliminer évitement-prévention réponse	4.59	2.75	6.43	2.59	2.35*	54.4

AS = avec spécialisation

SS = sans spécialisation

Note.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$

4. Discussion générale

Le trouble obsessionnel-compulsif est un trouble mental très sérieux qui affectent la pensée, le comportement et les émotions vécues chez la personne qui en souffre. Basé sur les résultats d'une étude épidémiologique réalisée auprès de 40 000 individus dans sept différents pays, il s'agit du trouble anxieux présentant la prévalence la plus élevée qui s'estime entre 1.9 et 2.5 % (Weissman et coll., 1994). Cette condition peut mener à des handicaps sérieux sur les plans sociaux et professionnels (Rasmussen & Eisen, 1992). Un diagnostic précoce et un traitement adéquat sont essentiels pour en apaiser les symptômes (Bouvard, 2003). Il augmente ainsi sa résistance face à l'émergence de symptômes dépressifs, comorbidité la plus associée au TOC (Bartz & Hollander, 2006). Malheureusement, le TOC est souvent sous-diagnostiqué et en conséquence, sous-traité (Bouvard, 2003). Cela peut être dû en partie au fait que les professionnels de la santé sont parfois peu renseignés sur l'évolution de la maladie : la référence vers des traitements adéquats peut donc en être affectée (Freiheit et coll., 2004; Hembree & Cahill, 2007).

On dispose aujourd'hui de deux types de traitements: la pharmacothérapie et la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Utilisés de concert, ces traitements sont reconnus comme étant bénéfiques (Pirrot, 1998). La médication préconisée pour soulager les symptômes obsessionnels altère le taux de sérotonine (Pirrot, 1998) alors que pour sa part, le traitement psychologique fait appel à l'utilisation de l'exposition et la prévention de la réponse. Ainsi, on invite le patient à demeurer en contact avec le stimulus qui déclenche l'obsession et à s'astreindre d'exécuter le rituel compulsif dont la fonction est de neutralisation l'émotion d'anxiété suscitée par l'obsession (Bouvard, 2003; Pallanti & Querciolo, 2006). Il semble que l'exposition et la prévention de la réponse représente un

traitement de choix pour le TOC (Abramowitz & Larsen, 2007; Franklin et coll., 2000; Lindsay et coll., 1997), son efficacité atteignant environ 60 % selon certaines études (Fisher & Wells, 2005).

Hembree et Cahill (2007) mentionnent que la majorité des thérapeutes n'utilisent pas l'exposition et la prévention de la réponse malgré qu'ils connaissent son existence. Par ailleurs, des résultats surprenants ont ressortis de l'étude de Freiheit et coll. (2004) estimant que seulement 38 % des thérapeutes avaient recours à l'exposition et la prévention de la réponse dans le cadre du traitement du TOC.

Sachant que des traitements efficaces sont à la disposition des professionnels pour soulager les patients TOC, nous avons cru bon d'évaluer d'une part, si les cliniciens préconisent l'exposition et la prévention de la réponse pour le traitement du TOC et d'autre part, d'investiguer si certaines croyances ou contraintes pourraient freiner son utilisation.

La première distinction réside dans le sentiment de se sentir bien outillés pour utiliser l'exposition. Les résultats ont montré que les spécialistes du traitement cognitivo-comportemental du TOC, comparativement aux cliniciens non spécialistes, se sentent mieux outillés pour conduire une séance d'exposition et prévention de la réponse car ils en possèdent plus de connaissances. Il n'y a pas de différence significative entre les groupes en ce qui a trait aux croyances telles que : *a)* l'exposition n'est pas sécuritaire, *b)* l'exposition pourrait aggraver les symptômes du TOC, *c)* les résultats des études sur l'exposition ne sont pas généralisables, *d)* l'exposition augmente le taux d'abandon, *e)* l'exposition peut nuire à l'alliance, *f)* l'exposition fait subir une détresse au client, *g)*

l'exposition présente un dilemme éthique important et *h*) l'exposition augmente le risque de plainte.

Bien que la majorité des répondants se disent ouverts à utiliser les outils fondés sur des données probantes, la seconde distinction entre les groupes ressort dans les difficultés éprouvées chez non spécialistes à : 1) recréer les stimuli anxiogène nécessaires pour faire la séance d'exposition, 2) graduer les stimuli par intensité, 3) standardiser les stimuli d'une séance d'exposition à l'autre et 4) éliminer les comportements d'évitement cognitifs ou comportementaux. Les difficultés à prévenir la réponse sur le plan comportemental demandent un plus grand défi avec les gens souffrant de TOC ruminateurs, collectionneurs et souhaitant l'ordre et la symétrie. Ces difficultés pourraient être palliées par l'utilisation de la réalité virtuelle.

La réalité virtuelle (RV), dont la popularité croît d'année en année, pourrait être extrêmement utile aux cliniciens en éliminant le casse-tête que peut présenter l'implantation de séances d'exposition *in vivo* (Bouchard, Côté & Richard, 2006; North, North & Coble, 1996) et en créant un environnement adéquat pour l'exposition des clients souffrant du TOC. La réalité virtuelle se définit comme « une application permettant à un utilisateur de naviguer et d'interagir en temps réel avec un environnement en trois dimensions générée par ordinateur » (Pratt, Zyda, & Kelleher, 1995, p.17). Ce qui différencie la réalité virtuelle d'autres médiums lors d'un processus d'exposition est l'interaction en temps réel (Ijsselsteijn & Riva, 2003; Slater & Wilbur, 1997; Stanney, Mourant & Kennedy, 1998). Les individus perçoivent et captent les stimulations virtuelles anxiogènes par l'intermédiaire de leurs sens (Tisseau & Harrouet,

2003; Wiederhold & Wiederhold, 2000; Witmer & Singer, 1998). Il s'agit d'une exposition dite *in virtuo*. Plusieurs problématiques en santé mentale ont fait l'objet d'expérimentations en réalité virtuelle. Cette nouvelle technologie permet de traiter efficacement certains troubles d'anxiété (pour une recension complète, voir Bouchard et coll., 2006). Les études en RV pour des troubles plus complexes commencent à documenter son efficacité (Krijn et coll., 2004; Krinj, Emmelkamp, Olafsson & Biemond, 2004; Moore, Wiederhold, Widerhold & Riva, 2000).

L'efficacité de la réalité virtuelle est validée par plusieurs auteurs (Bouchard et coll., 2006; Krijn et coll., 2004). Des études ont montré son apport dans le traitement de phobies spécifiques notamment l'acrophobie (Emmelkamp, Bruynzell, Drost & Van der Mast, 2001), la phobie de voyager par avion (Mülberger, Herrman, Wiedemann, Ellgring & Pauli, 2001; Rothbaum, Hodges, Watson, Kessler & Opdyke, 1996) et l'arachnophobie (Garcia-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness & Botella, 2002). D'autres études ont comparé l'efficacité de l'exposition *in virtuo* et *in vivo* pour certains troubles. Emmelkamp et coll. (2001) ont démontré que la RV était tout aussi efficace que l'exposition *in vivo* traditionnelle chez une population souffrant d'acrophobie. Les gains thérapeutiques étaient maintenus lors de prises de mesures à 6 mois au post-test. Rothbaum, Hodges, Smith, Lee et Price (2000) ont mené une étude où 49 sujets phobiques d'avion furent assignés à l'une des conditions suivantes pour un traitement de 8 sessions sur une période de 6 semaines : thérapie par RV, thérapie traditionnelle ou liste d'attente. Les résultats indiquent que les deux types d'exposition étaient aussi efficaces l'un que l'autre et étaient d'efficacité supérieure à la condition liste d'attente. Bouchard, St-Jacques, Côté, Robillard et Renaud (2003) rapportent que les mécanismes qui sous-

tendent l'exposition virtuelle procurent la standardisation en contrôlant les stimulations perçues qui peuvent être répliquées et en reproduisant des stimuli difficiles à engendrer *in vivo*. D'autres avantages à considérer font référence à l'attrait des clients pour le traitement, ce qui peut favoriser l'adhérence au traitement, à la réduction des coûts engendrés (ex. phobie des avions) et enfin, à l'élimination des soins que requièrent les animaux (stimuli) impliqués dans le traitement de phobies spécifiques.

Dans une perspective thérapeutique, la RV peut permettre l'induction d'émotions tout en s'ajustant au rythme du client, c'est-à-dire que le thérapeute peut procéder à une exposition graduée en contrôlant la fréquence et l'intensité des stimulations présentes dans l'environnement (Renaud, Bouchard & Proulx, 2002). Ce type d'exposition représente une solution alternative qui comporte un aspect potentiellement plus pratique que le visionnement de bandes vidéo ou de diapositives pour engendrer des émotions chez les individus en immersion. De plus, son application peut faciliter les expositions qui demandent la création d'un contexte particulier et plus difficilement accessible et ce, tout en assurant la sécurité et le bon déroulement de l'expérimentation (Bouchard et coll., 2006).

Trois conditions semblent requises pour le succès d'un traitement du trouble anxieux par l'exposition *in virtuo* : a) le participant doit se sentir présent et vivre l'expérience comme réelle (pas comparable à visionner un vidéo) (McGlynn, Rose & Lazarte, 1998; Slater, Pertaub, & Steed, 1999), b) les stimuli auxquels le participant est confronté lors de son immersion doivent induire des réactions anxieuses et c) les apprentissages réalisés avec l'aide de l'exposition *in virtuo* (tels que la diminution des réactions anxiogènes, l'extinction des comportements phobiques et les changements

cognitifs secondaires à l'exposition) doivent se généraliser aux situations réelles (Krijn et coll., 2004). Ces conditions devront être respectées dans le cas d'une immersion virtuelle d'un sujet souffrant du TOC.

Par ailleurs, les écrits rapportent que le sentiment exagéré de responsabilité constitue une variable majeure dans le développement et le maintien de la symptomatologie du TOC (Salkovskis, 1996; Salkovskis & Forrester, 2002; Rachman, 1993, 1997, 2002; Ladouceur et coll., 1996; Freeston et coll., 1993). Certaines données indiquent que le sentiment de responsabilité, la culpabilité et la désapprobation prédisent de manière significative les comportements compulsifs (Freeston, Ladouceur, Gagnon & Thibodeau, 1993). Ces résultats supportent l'hypothèse que le sentiment de responsabilité exagéré joue un rôle central dans le TOC (Ladouceur, Léger, Rhéaume & Dubé, 1996; Salkovskis, 2000). Toujours en lien avec ce modèle, l'induction du sens exagéré des responsabilités produira des pensées automatiques négatives et un sentiment d'inconfort émergera. L'individu tentera de diminuer l'anxiété ressentie par l'intermédiaire de stratégies de neutralisation ou par des compulsions (Ladouceur et coll., 1995; Mancini, D'Olimpio & Cieri, 2004).

Enfin, l'accès à un environnement standardisé sera très utile à plusieurs niveaux pour les cliniciens qui s'initieront à l'exposition en RV pour le traitement du TOC. Cela permettra aux thérapeutes d'utiliser un éventail de scénarios afin de procéder à une exposition graduée en contrôlant les stimuli phobogènes tout en reproduisant des scènes plus difficilement accessibles en *in vivo*. Notamment, les résultats de notre recherche montrent des besoins particuliers en ce qui a trait à la création et à la standardisation d'environnements pour le traitement des TOC de sous-type ruminateur. Il semble que

cette clientèle amène des obstacles chez les cliniciens qui pourraient être en partie palliés grâce à l'accessibilité des environnements virtuels. D'autres besoins tels que la reproduction des stimuli chez les laveurs, chez les vérificateurs, chez les collectionneurs ou chez les TOC souffrant d'ordre et de symétrie pourraient être satisfaits par l'accès à la réalité virtuelle.

Enfin, pour en augmenter l'objectivité, une fois le sentiment de responsabilité induit chez le client, le thérapeute pourra prendre des mesures verbales du niveau d'anxiété ressenti (Bouchard et coll., 2004; Robillard, Bouchard, Fournier & Renaud, 2003) ainsi que des mesures psychophysiologiques à l'aide de sondes électrodermales (Côté & Bouchard, 2005). Toutes ces mesures prises pendant l'exposition *in virtuo* permettront au thérapeute de graduer efficacement les stimulations anxiogènes (Cobb, Nichols, Ramsey & Wilson, 1999).

Références

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4^e éd., rev.). Washington, DC: Author.
- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatment for obsessive-compulsive disorder : a quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 44-52.
- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder ? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, *29*, 339-355.
- Abramowitz, J. S., Franklin, E. M., & Cahill, S. P. (2003). Approaches to common obstacles in the exposure-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *10*, 14-22.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Schwartz, S. A., & Furr, J. M. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *71*, 1049-1057.
- Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J., & Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1361-1374.
- Abramowitz, J. S., & Larsen, K. E. (2007). In D. Richard & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies*, (pp. 185- 220). Elsevier : Oxford.
- Abramowitz, J. S., Whiteside, S., Kalsy, S. A., & Tolin, D. F. (2003). Thought control strategies in obsessive-compulsive disorder : a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy*, *41*, 529-540.
- Arntz, A., Voncken, M., & Goosen, A. C. A. (2007). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour Research and Therapy*, *45*(3), 425-435.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety ans its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Bartz, J. A., & Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder? *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *30*, 338-352.
- Baxter, L. R., Scharwz, J. M., Bergman, K. S., Szuba, M. P., Guze, B. H., Mazziota, J.

- C. et coll. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archive f General Psychiatry*, 49, 681-689.
- Bouchard, S., Côté, S., & Richard, D. S. (2006). Virtual reality applications for Exposure. Dans D.S. Richards (Éd.). *Handbook of exposure therapies* (pp. 347-388). Academic Press.
- Bouchard, C., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1999). Responsibility and perfectionism in OCD : an experimental study. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 239-248.
- Bouchard, S., Robillard, G., St-Jacques, J., Dumoulin, S., Patry, M. J., & Renaud, P. (2004). Reliability and validity of a single-item measure of presence in VR. *IEEE International workshop on haptic virtual environments and their applications*, 3, 59-61.
- Bouchard, S., St-Jacques, J., Côté, S., Robillard, G., & Renaud, P. (2003). Efficacité de l'exposition en réalité virtuelle pour le traitement de la claustrophobie : Étude de cas. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, 8, (4), 5-12.
- Bouvard, M. (2003). Les troubles obsessionnels compulsifs. *Pratique en psychothérapie*. Paris: Masson.
- Clark, D. A. (2004). *Cognitive-behavioral treatment for OCD*. USA : Guilford Press.
- Cobb, S.V.G., Nichols, S., Ramsey, A., & Wilson, J. R. (1999). Virtual reality-induced symptoms and effects (VRISE). *Presence*, 8 (2), 169-186.
- Coles, M. E., Radomsky, A. S., & Horng, B. (2006). Exploring the boundaries of memory distrust from repeated checking : Increasing validity and examining thresholds. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 995-1006.
- Côté, S., & Bouchard, S. (2005). Documenting the efficacy of virtual reality exposure with psychophysiological and processing measures. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*, 30(3), 217-232.
- Cottraux, J., & Gérard, D. (1997). Neuroimaging and neuroanatomical issues in Obsessive- Compulsive Disorder. Toward an integrative model : perceived impulsivity. In : Swinson R., Anthony M., Rachman S., and Richter M. *Obsessive Compulsive Disorder : Theory research and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Cogle, J. R., Lee, H. J., & Salkovskis, P. M. (2007). Are responsibility beliefs inflated in non-checking OCD patients? *Journal of Anxiety Disorders*, 21(1), 153-159.

- El Mansari, M., & Blier, P. (2006). Mechanisms of action of current and potential pharmacotherapies of obsessive-compulsive disorder. *Program of Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 362-373.
- Emmelkamp, P. M.G., Bruynzell, M., Drost, L., & Van der Mast, C. A. P. G. (2001). Virtual reality treatment in acrophobia : a comparison with exposure in vivo. *Cyberpsychology and Behaviour*, 4, 335-340.
- Feeny, N. C., Hembree, E. A., & Zoellner, L. A. (2003). Myths regarding exposure therapy for PTSD. *Cognitive and behavioral practice*, 10, 85-90.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder ? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1543-1558.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Bux Jr., D. A., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2002). Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 162-168.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J. T., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder : randomized compared with nonrandomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., & Thibodeau, N. (1993). Beliefs about obsessional thoughts. *Journal of psychopathology and Behavioural Assessment*, 15, 1-21.
- Freeston, M. H., Ladouceur, R., Gagnon, F., Thibodeau, N., Rhéaume, J., Letarte, H., & coll. (1997). Cognitive-behavioral treatment of obsessive thoughts : a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-415.
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., & Ladouceur, R. (1996). Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 433-446.
- Freiheit, S. R., Vye, C., Swan, R., & Cady, M. (2004). Cognitive-behavioral therapy for anxiety: Is dissemination working? *The Behavior Therapist*, 27, 25-32.
- Frost, R., Marten, P. A., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14, 449-468.
- Frost, R., & Steketee, G. (1997). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder patients. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 291-296.

- Garcia-Palacios, A., Hoffman, H., Carlin, A., Furness, T. A., & Botella, C. (2002). Virtual reality in the treatment of spider phobia : a controlled study. *Behaviour research and Therapy*, 40, 983-993.
- Ghassemzadeh, H., Bolhari, J., Birashk, B., & Salavati, M. (2005). Responsibility attitude in a sample of iranian obsessive-compulsive patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 51 (1), 13-22.
- Greist, J. H., & Jefferson, J. W. (1998). Pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 35, 64-70.
- Hembree, E. A., & Cahill, S. P. (2007). In D. Richard, & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies*, (pp. 389-408). Elsevier : Oxford.
- Hiss, H., Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1994). Relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 801-808.
- Ijsselsteijn, W., & Riva, G. (2003). Being there : The experience of presence in mediated environments. In G. Riva, F. Davide, & W. A. Ijsselsteijn (Ed.), *Being There. Concepts, Effects and Measurements of User Presence in Synthetic Environments* (p. 3-17). Washington, DC : IOS Press.
- Joel, D. (2006). Currents models of obsessive-compulsive disorder: A critical review. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 374-388.
- Julien, D., O'Connor, K. P., Aardema, F., & Todorov, C. (2006). The specificity of belief domains in obsessive-compulsive symptom subtypes. *Personality and Individual Differences*, 41, 1205-1216.
- Krijn, M., Emmelkamp, P. M.G., Biemond, R., De Wilde de Ligny, C., Schuemie, M. J., & Van der Mast, C. A.P.G. (2004). Treatment of acrophobia in virtual reality: The role of immersion and presence. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 229-239.
- Kennedy, R. S., Lane, N. E., Berbaum, K. S., & Lilienthal, M. G. (1993). Simulator Sickness Questionnaire: An enhanced method for quantifying simulator sickness. *International Journal of Aviation Psychology*, 3, 203-220.
- Krijn, M., Emmelkamp, P.M.G., Olafsson, R. P., & Biemond, R. (2004). Virtual reality exposure therapy of anxiety disorders: A review. *Clinical Psychology Review*, 24, 259-281.
- Ladouceur, R., Freeston, M. H., Gagnon, F., Thibodeau, N., & Dumont, J. (1995). Cognitive-behavioral treatment of obsessions. *Behavior Modification*, 19, 247-257.

- Ladouceur, R., Freeston, M. H., & Rhéaume, J. (1996). Traitement cognitif et comportemental du trouble obsessionnel-compulsif. Partie I : Modèle explicatif. *Revue québécoise de psychologie, 17*, 87-102.
- Ladouceur, R., Léger, E., Rhéaume, J., & Dubé, D. (1996). Correction of inflated responsibility in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 937-946.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., Freeston, M. H., Aublet, F., Jean, K., Lachance, S. et coll. (1995). Experimental manipulations of responsibility: An analogue test for models of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 937-946.
- Légeron, P., & Gaillardreau, J. (1998). Phobies sociales. Dans C. André (Éd.), *Phobies et obsessions* (pp. 83-135). Paris : Doin Éditeurs.
- Lindsay, M., Crino, R., & Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry, 171*, 135-139.
- Lopatka, C., & Rachman, S. (1995). Perceived responsibility and compulsive checking: an experimental analysis. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 673-684.
- MacDonald, P., Antony, M. M., MacLeod, C., & Richter, M. A. (1997). Memory and confidence in memory judgments among individuals with obsessive-compulsive disorder and non-clinical controls. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 497-505.
- Mancini, F., D'Olimpio, F., & Cieri, L. (2004). Manipulation of responsibility in non-clinical subjects: does expectation of failure exacerbate obsessive-compulsive behaviours? *Behaviour Research and Therapy, 42*, 449-457.
- Mansari, M., Bouchard, C., & Blier, P. (1995). Alteration of serotonin release in the guinea pig orbito-frontal cortex by selective serotonin reuptake inhibitors. Relevance to treatment of obsessive-compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology, 13*, 117-127.
- McDougle, C. J., Goodman, W. K., & Leckman, J. F. (1993). Limited therapeutic effect of addition of buspirone in fluvoxamine-refractory obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 150*, 647-649.
- McDougle, C. J., Goodman, W. K., & Price, L. H. (1994). Dopamine antagonists in tic-related and psychotic spectrum obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 55*, 24-31.

- McGlynn, F. D., Rose, M. P., & Lazarte, A. (1998). Control and attention during exposure influence arousal and fear among insect phobics. *Behavior Modification, 18*(4), 317-388.
- Moore, K., Wiederhold, B. K., Wiederhold, M. D. & Riva, G. (2002). Panic and agoraphobia in a virtual world. *Cyberpsychology and Behavior, 5*, 197-202.
- Mostafa, E., & Blier, P. (2006). Mechanisms of action of current and potential pharmacotherapies of obsessive-compulsive disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 30*, 362-373.
- Moulding, R., & Kyrios, M. (2006). Anxiety disorders and control related beliefs: the exemplar of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Clinical Psychology Review, 21*(3), 433-444.
- Mülberger, A., Herrmann, M. J., Wiedemann, G., Ellgring, H., & Pauli, P. (2001). Repeated exposure of flights phobics to flights in virtual reality. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1033-1050.
- North, M. M., North, S. M., & Coble, J.R. (1996). *Virtual reality therapy: An innovative paradigm*. Colorado Springs: IPI Press.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 667-681.
- Otto, M. W. (1992). Normal and abnormal information processing. A neuropsychological perspective on obsessive compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 15*(4), 825-848.
- Pallanti, S., & Querciolo, L. (2006). Treatment-refractory obsessive-compulsive disorder: Methodological issues, operational definitions and therapeutic lines. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry, 30*, 400-412.
- Pirot, S. (1998). Toc et sérotonine: données contradictoires actuelles et perspectives thérapeutiques. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats, 3*, 39-43.
- Pratt, D. R., Zyda, M., & Kelleher, K. (1995). Virtual reality : In the mind of the beholder. *IEEE Computer, 28* (7), 17-19.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 149-154.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 793-802.

- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 625-640.
- Rachman, S., & De Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Radomsky, A. S., Gilchrist, P. T., & Dussault, D. (2006). Repeated checking really cause memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 305-316.
- Radomsky, A. S., Rachman, S., & Hammond, D. (2001). Memory bias, confidence and responsibility in compulsive checking. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 813-822.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743-758.
- Renaud, P., Bouchard, S., & Proulx., R. (2002). Behavioral dynamics in the presence of a virtual spider. *IEEE Transactions on Information Technology in Biomedecine*, 6, 224-234.
- Rh eume, J., Freeston, M. H., Dugas, M. J., Letarte, H., & Ladouceur, R. (1995). Perfectionism, responsibility and obsessive-compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 785-794.
- Rh eume, J., Ladouceur, R., Freeston, M. H., & Letarte, H. (1995). Inflated responsibility in obsessive-compulsive disorder : validation of an operational definition. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 159-169.
- Richard, D. C. S., & Lauterbach, D. L. (2007). *Handbook of exposure therapies*. Elsevier: Oxford.
- Richard, D. C. S., & Gloster, A. T. (2007). Exposure Therapy has a public relations problem: A dearth of litigation amid a wealth of concern. In D. Richard, & D. Lauterbach (Eds.), *Handbook of exposure therapies*, (p. 409- 426). Elsevier : Oxford.
- Robillard, G., Bouchard, S., Fournier, T., & Renaud, P. (2003). Anxiety and presence during VR immersion : A comparative study of the reactions of phobics and non-phobics participants in therapeutic virtual environments derived from computer games. *Cyberpsychology and Behavior*, 6, 467-476.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Smith, S., Lee, J. H., & Price, L. (2000). A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1020-1026.
- Rothbaum, B. O., Hodges, L., Watson, B. A., Kessler, G. D., & Opdyke, D. (1996).

- Virtual reality exposure therapy in the treatment of fear of flying : A case report. *Behaviour Research and Therapy*, 34, (5/6), 477-481.
- Salkovskis, P. M. (1996). Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. In : R. M. Rapee (Ed.), *Current controversies in the anxiety disorder*. New York : Guilford.
- Salkovskis, P. M. (1999). Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37, S29-S52.
- Salkovskis, P. M., & Forrester, E. (2002). Responsibility. In R. O. Frost & Steketee (Eds.), *Cognitive Approaches to Obsessions and Compulsions*. Oxford: Pergamon.
- Salkovskis, P. M., & Harrison, J. (1984). Abnormal and normal obsessions- A replication. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 549-552.
- Salkovskis, P. M., Westbrook, D., Davis, J., Jeavons, A., & Gledhill. (1997). Effects of neutralizing on intrusive thoughts: an experiment investigating the etiology of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 211-219.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A. L., Gledhill, N., Morrison, E., Forrester, C., Richards et coll. (2000). Responsibility attitudes and interpretation are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Scharwtz, J. M. (1998). Neuroanatomical aspects of cognitive-behavioural therapy in obsessive-compulsive disorder: An evolving perspective on brain and behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 35, 38-44.
- Saxena, S., Brody, A. L., Schwartz, J. M., & Baxter, L. R. (1998). Neuroimaging and frontal-subcortical circuitry in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 173(35), 26-37.
- Shavitt, R. G., Belotto, C., Curi, M., Hounie, A. G., Rosario-Campos, M. C., Diniz, J. B., & coll. (2006). Clinical features associated with treatment response in obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, (sous presse).
- Slater, M., & Wilbur, S. (1997). A framework for immersive virtual environments : Speculation on the role of presence in virtual environments. *Presence : Teleoperators and Virtual Environments*, 6, 603-616.
- Stanney, K, M., Mourant, R. R., & Kennedy, R. S. (1998). Human factors issues in virtual environments : A review of the litterature. *Presence*, 7, 327-351.
- Stein, D. J. (2000). Neurobiology of the obsessive-compulsive spectrum disorder.

Biological Psychiatry, 47, 296-304.

- Taylor, S., Abramowitz, J. S., McKay, D., Calamari, J. E., Sookman, D., Kyrios, M. & coll. (2006). Do dysfunctional beliefs play a role in all types of obsessive-compulsive disorder? *Journal of Anxiety Disorder*, 20, 85-97.
- Teachman, B. A., Woody, S. R., & Magee, J. C. (2006). Implicit and explicit appraisals of the importance of intrusive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 785-805.
- Tisseau, J., & Harrouet, F. (2003). Autonomie des entités virtuelles. In Fuchs P. (Ed.). *Le traité de la réalité virtuelle* (2nd ed.). Paris: École des Mines de Paris.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Brigidi, B. D., & Foa, E. B. (2003). Intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 17, 233-242.
- Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Przeworski, A., & Foa, E. B. (2002). Thought suppression in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1255-1274.
- Van den Hout, M., & Kindt, M. (2003). Repeated checking causes memory distrust. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 301-316.
- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Greenwald, S., Hwu, H.-G., Lee, C. K., et coll. (1994). The cross national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, 5-10.
- Wiederhold, B. K., & Wiederhold, M. D. (2000). Lessons learned from 600 virtual reality sessions. *Cyberpsychology and Behavior*, 3, 393-400.
- Witmer, B. G., & Singer, M. J. (1998). Measuring Presence in virtual environments: A presence questionnaire. *Presence-Teleoperators and Virtual Environments*, 7, 225-240.
- Yorulmaz, O., Karanci, A. N., & Tekok-Kiliç, A. (2006). What are the roles of perfectionism and responsibility in checking and cleaning compulsions? *Journal of Anxiety Disorders*, 20, 312-327.

ANNEXE A



Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900
www.uqo.ca

Formulaire de consentement

Évaluation des attitudes des intervenants et des contraintes rencontrées lors du traitement psychologique du trouble obsessionnel-compulsif.

Geneviève Labonté-Chartrand, M. Ps – département de psychoéducation et de psychologie– Stéphane Bouchard, Ph. D

Nous sollicitons par la présente votre participation à la recherche en titre, qui vise à mieux comprendre les difficultés vécues par les cliniciens et les attitudes des professionnels quant à l'utilisation de stratégies d'intervention telles que l'exposition et la prévention de la réponse. Les objectifs de ce projet de recherche sont d'une part, d'évaluer les attitudes des professionnels lors de l'utilisation de l'exposition pour le traitement du trouble obsessionnel-compulsif et d'autre part, d'évaluer les difficultés rencontrées par les intervenants lors de l'utilisation des stratégies d'exposition et de prévention de la réponse afin de mieux connaître les besoins réels des professionnels face au traitement psychologique des individus souffrant du trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

Nous souhaitons à long terme pouvoir proposer aux cliniciens des outils complémentaires (tels que les nombreux avantages liés à l'utilisation de la réalité virtuelle) qui pourraient faciliter la réussite du traitement psychologique du TOC).

Votre participation à ce projet de recherche consiste à compléter deux instruments. Le premier sondage vise à évaluer les attitudes des intervenants quant à l'utilisation de l'exposition et de la prévention de la réponse comme outil d'intervention auprès d'une clientèle souffrant du TOC. Le second sondage vise à évaluer les difficultés et contraintes rencontrées par les professionnels lorsqu'il s'agit d'exposer les gens souffrant du TOC. Tous deux furent construits à la suite d'une recension des écrits sur le traitement du TOC en thérapie cognitivo-comportementale. La durée approximative pour compléter les sondages est de 30 minutes.

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Les participants qui ne désirent pas participer à la recherche remettront simplement leur enveloppe avec un document non complété. Les résultats de la recherche seront diffusés par l'intermédiaire d'articles scientifiques et des conférences.

Les données recueillies seront conservées sous clé dans un classeur à l'Université du Québec en Outaouais et les seules personnes qui y auront accès sont les chercheurs principaux en charge du projet. Elles seront détruites dans cinq ans et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non, et de vous retirer en tout temps sans préjudice. Les risques associés à votre participation sont nuls. Le seul inconvénient est le temps passé à participer au projet, soit environ 30 minutes. La contribution à l'avancement des connaissances au sujet des attitudes des professionnels qui peuvent freiner l'utilisation de certaines stratégies d'intervention reconnues comme efficaces et l'augmentation de l'efficacité du traitement psychologique du TOC sont les bénéfices directs anticipés. Aucune compensation d'ordre monétaire n'est accordée.

Si vous avez des questions concernant ce projet de recherche, communiquez avec Stéphane Bouchard, Ph.D. au 819-595-3900 poste 2360. Si vous avez des questions concernant les aspects éthiques de ce projet, communiquez avec André Durivage au 819 595-3900 poste 1781, président du Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais.

Votre signature atteste que vous avez clairement compris les renseignements concernant votre participation au projet de recherche et indique que vous acceptez d'y participer. Elle ne signifie pas que vous acceptez d'aliéner vos droits et de libérer les chercheurs ou les responsables de leurs responsabilités juridiques ou professionnelles. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps de l'étude sans préjudice. Votre participation devant être aussi éclairée que votre décision initiale de participer au projet, vous devez en connaître tous les tenants et aboutissants au cours du déroulement de la recherche. En conséquence, vous ne devez jamais hésiter à demander des éclaircissements ou de nouveaux renseignements au cours du projet.

Après avoir pris connaissance des renseignements concernant ma participation à ce projet de recherche, j'appose ma signature signifiant que j'accepte librement d'y participer. Le formulaire est signé en deux exemplaires et j'en conserve une copie.

Nom du participant : _____

Signature du participant : _____

Date : _____

Nom du chercheur : _____

Signature du chercheur : _____

Date : _____

Université du Québec en Outaouais

Case postale 1250, succursale B, Hull (Québec), Canada J8X 3X7
Téléphone (819) 595-3900

Objet : Invitation à participer d'une étude portant sur l'évaluation des attitudes des intervenants et des contraintes rencontrées lors du traitement psychologique du trouble obsessionnel-compulsif.

Cher collègue,

Nous vous sollicitons afin de bien vouloir participer à une étude sur les contraintes de l'exposition pour le trouble obsessionnel-compulsif (TOC), afin de proposer des stratégies additionnelles d'exposition en réalité virtuelle. Ce projet se déroule en collaboration avec l'Université du Québec en Outaouais .

Votre implication dans ce projet est cruciale puisque vous êtes le spécialiste en mesure de nous décrire les difficultés vécues sur le plan du traitement psychologique. Votre participation nous offrira plusieurs pistes pour adapter et faciliter les traitements présentement utilisés.

En raison des défis rencontrés lors du traitement en exposition des clientèles souffrant du TOC, nous nous sommes questionnés sur les difficultés vécues par les professionnels et les motifs expliquant la pauvre utilisation du traitement par exposition malgré le support empirique démontrant son efficacité.

Ce projet portera sur l'évaluation des attitudes des utilisateurs vs des non-utilisateurs de l'exposition pour le traitement du TOC et sur les contraintes rencontrées par les professionnels lors de l'utilisation des stratégies d'exposition comportementale.

Pour terminer, les avantages de mener cette étude à terme sont nombreux. D'une part, la publication des résultats permettra aux professionnels de la santé mentale d'être à l'affût et de reconnaître les attitudes qui peuvent freiner l'utilisation de certaines stratégies d'intervention reconnues pour leur efficacité et enfin, de se familiariser avec des outils d'intervention alternatifs qui augmenteront l'efficacité du traitement psychologique du TOC. Nous souhaitons à long terme pouvoir proposer

aux cliniciens des outils complémentaires (tel que la réalité virtuelle) qui pourraient faciliter la réussite du traitement psychologique du TOC.

Nous vous prions de bien vouloir compléter les sondages joints à la présente lettre d'invitation et nous les retourner dans l'enveloppe prévue à cet effet. Le formulaire de consentement est également joint à la demande et doit être signé en deux exemplaires. La durée estimée pour y parvenir est d'environ 30 minutes.

Veillez agréer, madame, monsieur, de nos salutations les plus distinguées.

Geneviève Labonté-Chartrand, M. Ps, psychologue
Candidate au Psy.D
Centre Hospitalier Pierre-Janet
819 771-7761 poste 8328

Stéphane Bouchard, Ph. D
Professeur à l'Université du Québec en Outaouais
819 595-3900 poste 2360

Kieron O'Connor
Professeur à l'Université du Québec en Outaouais
819 595-3900 poste 2220

ANNEXE C

Données descriptives

Nom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

- (1) Profession :
 (2) Niveau de scolarité :
 (3) Domaine(s) professionnel(s) :
 (4) Formation spécialisée et/ou qualifications :
 (5) Spécialisé en :

- Gestion du TOC Traitement Éducation
 Évaluation Conseil/soutien Recherche
 Autres (s'il vous plaît précisez) :

- (6) Orientation théorique :

- Cognitivo-comportementale Existentielle-humaniste
 Psychopharmacologique Psychodynamique-analytique
 Systémique-interactionnelle Neuropsychologique
 Autre(s) (s'il vous plaît précisez) :

- (7) Expérience :

- Années de pratique clinique active :

- Nombre de clients TOC traités depuis le début de votre carrière :

- (8) Traitez-vous également d'autres troubles reliés au TOC, ex. :

- Tics Troubles d'habitude
 (ex. :trichotillomanie)
 Accumulation Hypochondrie Achat compulsif
 Peur d'une dysmorphie corporelle
 Jeu compulsif Autre(s) (s'il-vous-plaît précisez) :

- (9) Clients cibles :

- Enfants Adolescents
 Adultes Personnes âgées
 Autre(s) (s'il vous plaît précisez) :

- (10) Voyez-vous des clients :

- Individuellement En groupes
 Autres formats (ex. :téléconférences) :

(11) Travaillez-vous :

- Pratique privée individuelle Pratique de groupe
 CLSC Hôpital
 Université Autre institution (ex. : Centre de
recherche)

(12) Acceptez-vous seulement les références d'un bassin précis?

- Oui Non

Si oui, précisez :

(13) Langue maternelle :

Autre(s) langue(s) de traitement :

(14) Toute autre information que vous désirez préciser :

ANNEXE D

Consigne

Ce sondage vise à évaluer les attitudes des professionnels quant à l'utilisation de l'exposition et la prévention de la réponse comme outil d'intervention auprès d'une clientèle souffrant du trouble obsessionnel-compulsif (TOC).

Les fondements de l'exposition et de la prévention de la réponse suggèrent (1) que le client doit affronter l'anxiété et les stimuli qui déclenchent des émotions aversives, (2) que le client doit freiner les compulsions ouvertes ou mentales et (3) que le client doit tolérer les émotions déclenchées par la présence des obsessions.

Vous devez répondre à chacun des énoncés en encerclant le chiffre correspondant sur l'échelle suivante, variant de 0 (tout à fait en désaccord) à 10 (tout à fait en accord).

1. Je définis mon approche théorique comme majoritairement cognitivo-comportementale.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Dans ma formation, j'ai intégré des notions que je juge suffisantes pour bien mener un traitement par exposition et prévention de la réponse.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Lorsque j'ai à traiter un trouble obsessionnel-compulsif chez un client, j'utilise sans hésiter l'exposition et la prévention de la réponse comme outil d'intervention principal.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Je doute de la sécurité de la stratégie par exposition et prévention de la réponse en raison des réponses physiologiques qu'il peut engendrer.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Je crois que l'exposition et la prévention de la réponse peut aggraver l'état de certains clients.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. J'hésite à utiliser les manuels de traitement standardisés pour conduire les séances d'exposition et la prévention de la réponse.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Je trouve que l'exposition et la prévention de la réponse est un outil d'intervention de choix.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. J'ai l'impression que les études qui supportent l'efficacité de l'exposition et la prévention de la réponse sont basées uniquement sur les résultats obtenus auprès de cas «purs» sans comorbidité, ce qui explique pourquoi le traitement semble aussi efficace.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Je me sens efficace lorsque comme thérapeute, je choisis d'utiliser l'exposition et la prévention de la réponse auprès d'une clientèle souffrant du TOC.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Je crois que les résultats obtenus dans les études randomisées concernant l'efficacité de l'exposition et la prévention de la réponse ne sont pas généralisables à d'autres sphères de la vie du client.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Je crois que l'exposition et la prévention de la réponse peut amener un taux d'abandon important comparativement à l'utilisation de techniques d'intervention plus douces.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. L'approche cognitivo-comportementale et le traitement par l'exposition et la prévention de la réponse sont superficiels.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Utiliser l'exposition et la prévention de la réponse comme outil d'intervention sera sans aucun doute nuisible à l'alliance thérapeutique.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. L'exposition et la prévention de la réponse va à l'encontre des soucis de tout bon thérapeute de ne pas nuire au client.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Comme clinicien, cela provoque un malaise lorsque je fais subir à mon client de la détresse lors d'une séance d'exposition et la prévention de la réponse.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. L'exposition et la prévention de la réponse comporte des dilemmes éthiques importants.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Les clients qui subissent l'exposition et la prévention de la réponse ont plus de chance de porter plainte contre le thérapeute.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Je me sens bien outillé lorsque j'utilise l'exposition et la prévention de la réponse auprès d'une clientèle souffrant du TOC.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Merci d'avoir complété le sondage!

ANNEXE E

Consigne

Ce sondage vise à évaluer les difficultés et contraintes rencontrées par les professionnels lorsqu'il s'agit d'exposer les gens souffrant du trouble obsessionnel-compulsif. L'objectif du sondage est de mieux connaître les besoins réels des psychologues face au traitement par exposition et prévention de la réponse auprès des individus souffrant du TOC.

Vous devez répondre à chacun des énoncés en encrant le chiffre correspondant sur l'échelle variant de 0 (absence de difficulté) à 10 (extrêmement difficile).

-1-

Les sujets dits «laveurs»

Les sujets dits «laveurs» ont généralement peur d'une forme de contamination comme par exemple la peur des microbes, de la saleté ou ont la peur d'être souillé au contact d'autrui.

Lors d'une séance d'exposition *in vivo* et prévention de la réponse...

1. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile *de trouver ou d'utiliser les stimuli* (proximité ou complexité) en lien avec la peur de la contamination (ex. sang, salive, fluides corporels)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile *de trouver ou d'utiliser les bons stimuli* en lien avec la peur des microbes (ex. poussière, urine)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile *de trouver ou d'utiliser les bons stimuli* en lien avec la peur d'être souillé par le contact d'autrui (ex. donner une poignée de main) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile *de trouver ou d'utiliser les bons stimuli* en lien avec la peur d'être souillé par le contact d'un objet (ex. robinet, poignée de porte, vêtements, chaussures)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Jusqu'à quel point est-il difficile pour vous de *graduer* les exercices d'exposition auprès des sujets souffrant d'une peur d'une forme de contamination telles que la peur des microbes, de la saleté ou d'être souillée au contact d'autrui ou d'un objet?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Jusqu'à quel point est-il difficile de *standardiser* (établir une continuité) les stimuli liés à la peur de la contamination lorsque l'exposition nécessite plus d'une séance?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Jusqu'à quel point est-il difficile de s'assurer de l'absence de comportements d'évitement (aussi appelé neutralisation ou comportement de recherche de sécurité) au sein de cette population lors de l'exposition aux pensées génératrices d'anxiété?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Jusqu'à quel point est-il difficile de s'assurer de l'absence de tous les comportements (évitement, neutralisation ou comportement de recherche de sécurité) au sein de cette population lors de la prévention de la réponse (des compulsions de lavage)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-2-

Les sujets dits «vérificateurs»

Les sujets dits «vérificateurs» ont généralement peur de faire une erreur, de créer préjudice à quelqu'un ou d'être tenus responsables d'une action qui pourrait avoir des répercussions néfastes pour eux-mêmes ou les autres. Ces sujets ont généralement tendance à anticiper de façon pathologique la survenue d'événements catastrophiques.

Les objets les plus fréquemment vérifiés sont entre autres : les portes et les fenêtres, les conduits d'eau et les sources d'eau, les appareils fonctionnant au gaz, les panneaux d'électricité, les calorifères, les appareils électriques (four, laveuse/sécheuse, séchoir, fer, cafetière, etc.) et la route (peur d'avoir écrasé quelqu'un).

Lors d'une séance d'exposition *in vivo* et de prévention de la réponse...

9. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile de *recréer les stimuli* en lien avec la peur de faire une erreur attribuée à l'oubli de vérifier les portes et les fenêtres?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile *de recréer les stimuli* en lien avec la peur de faire une erreur attribuée à l'oubli de vérifier les sources d'eau ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile *de recréer les stimuli* en lien avec la peur de faire une erreur attribuée à l'oubli de vérifier les appareils fonctionnant à l'électricité ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile *de recréer les stimuli* en lien avec la peur d'avoir écrasé un individu en raison d'une vérification inadéquate de la route?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile pour vous de *grader* les exercices d'exposition auprès des sujets souffrant de compulsions de vérification ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile de *standardiser* les stimuli liés à la peur de faire une erreur ou de créer préjudice à autrui lorsque l'exposition nécessite plus d'une séance?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Jusqu'à quel point est-il difficile de s'assurer de l'absence de comportements d'évitement (rituels moteurs ou mentaux) au sein de cette population lors de l'exposition aux pensées génératrices d'anxiété?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Jusqu'à quel point est-il difficile de s'assurer de l'absence de comportements d'évitement (aussi appelé neutralisation ou comportements de recherche de sécurité) au sein de cette population lors de la prévention de la réponse (des compulsions de vérification)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-3-

Les sujets dits «ruminateurs»

Les sujets dits «ruminateurs» sont aussi appelés «purs obsessionnels» parce qu'ils ne présentent peu ou pas de compulsions. Ils sont envahis d'image ou de pensées intrusives et égodystones. Dans cette catégorie, nous incluons également les individus qui souffrent d'une phobie d'impulsion.

Lors de l'exposition *en imagination*...

17. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile *d'exposer* le client en imagination aux pensées obscènes, blasphématoires, violentes ou de nature dégoûtante ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile *d'exposer* le client qui souffre de phobie d'impulsion ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile pour vous de *grader* les exercices d'exposition auprès des sujets dits « ruminateurs »?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile de vous assurer de la *standardisation* des stimuli liés à l'exposition à l'imagination ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Jusqu'à quel point est-il difficile de s'assurer de l'absence de comportements d'évitement (rituels mentaux) au sein de cette population lors de l'exposition aux pensées intrusives?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-4-

Les sujets dits «collectionneurs» et les «accumulateurs»

Les sujets dits «Collectionneurs» et les «accumulateurs» ont généralement peur de se débarrasser d'un objet qui pourrait leur être utile ou qui pourrait resservir. Ils peuvent également craindre d'oublier une information pertinente.

Les objets qui sont fréquemment accumulés sont entre autres : les journaux, les papiers de publicité variée, des sacs contenant des déchets, des vêtements, etc.

Lors d'une séance d'exposition...

22. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile *de trouver ou d'utiliser les bons stimuli* en lien avec la peur de se débarrasser d'un objet qui pourrait être utile (ex. contenu des placards, objets variés comme bouteilles, livres, décorations, nourriture, etc.)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile *de s'exposer dans un environnement* similaire à celui dans lequel évolue le client ? (ex. appartement encombré, placards désordonnés)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile pour vous de *grader* les exercices d'exposition auprès des sujets souffrant d'une pathologie d'accumulation ou de collection d'objets?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile de *standardiser* les stimuli liés à l'accumulation?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Jusqu'à quel point est-il difficile de s'assurer de l'absence de comportements d'évitement au sein de cette population lors de la prévention de la réponse (empêcher l'accumulation/collection)?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

-5-

Les sujets qui recherchent l'ordre, la symétrie et la perfection

Les sujets qui recherchent l'ordre, la symétrie et la perfection se sentent obligés de disposer des objets de façon symétrique, identique et parfaite dans leur environnement. Si les critères de perfection ne sont pas atteints, ils recommenceront.

Lors d'une séance d'exposition...

27. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile *de trouver ou d'utiliser les bons stimuli* en lien avec la recherche d'ordre et de symétrie, de comptage ou de compulsions de répétition ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile pour vous de *grader* les exercices d'exposition auprès des sujets souffrant d'une pathologie de recherche de perfection ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

29. Jusqu'à quel point trouvez-vous difficile de *standardiser* les stimuli liés à la perfection ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

30. Jusqu'à quel point est-il difficile de s'assurer de l'absence de comportements d'évitement (aussi appelé neutralisation ou comportement de recherche de sécurité) au sein de cette population lors de l'exposition aux pensées génératrices d'anxiété ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

31. Jusqu'à quel point est-il difficile de s'assurer de l'absence de comportements d'évitement au sein de cette population lors de la prévention de la réponse (empêcher la symétrie et l'ordre) ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Questions d'ordre général pour l'exposition avec les individus souffrant du TOC

32. À quelle fréquence devez-vous vous déplacer avec le client afin de l'exposer à un stimulus le plus fidèle possible ?

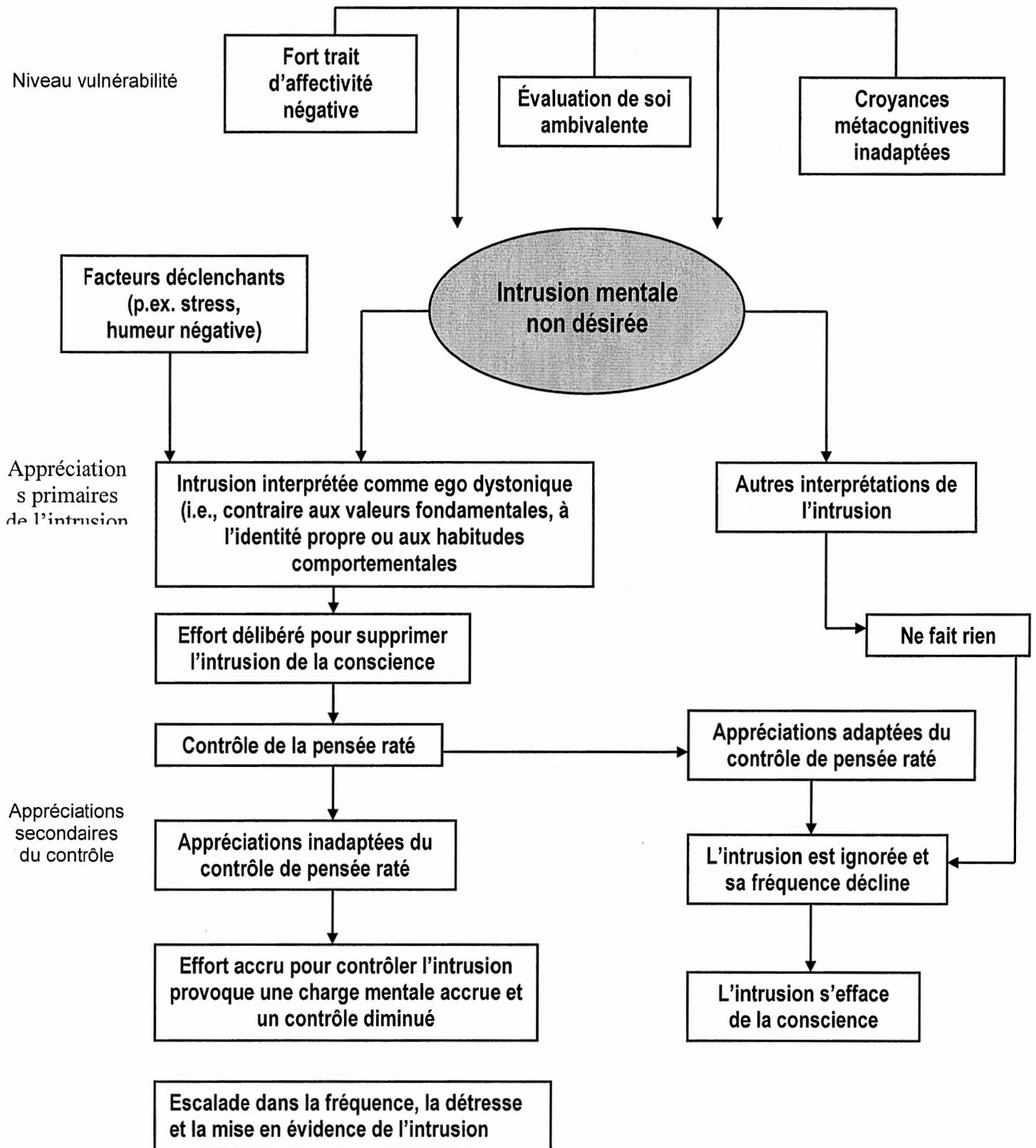
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

33. Jusqu'à quel point avez-vous l'impression de briser la confidentialité en vous exposant à l'extérieur avec votre client ?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

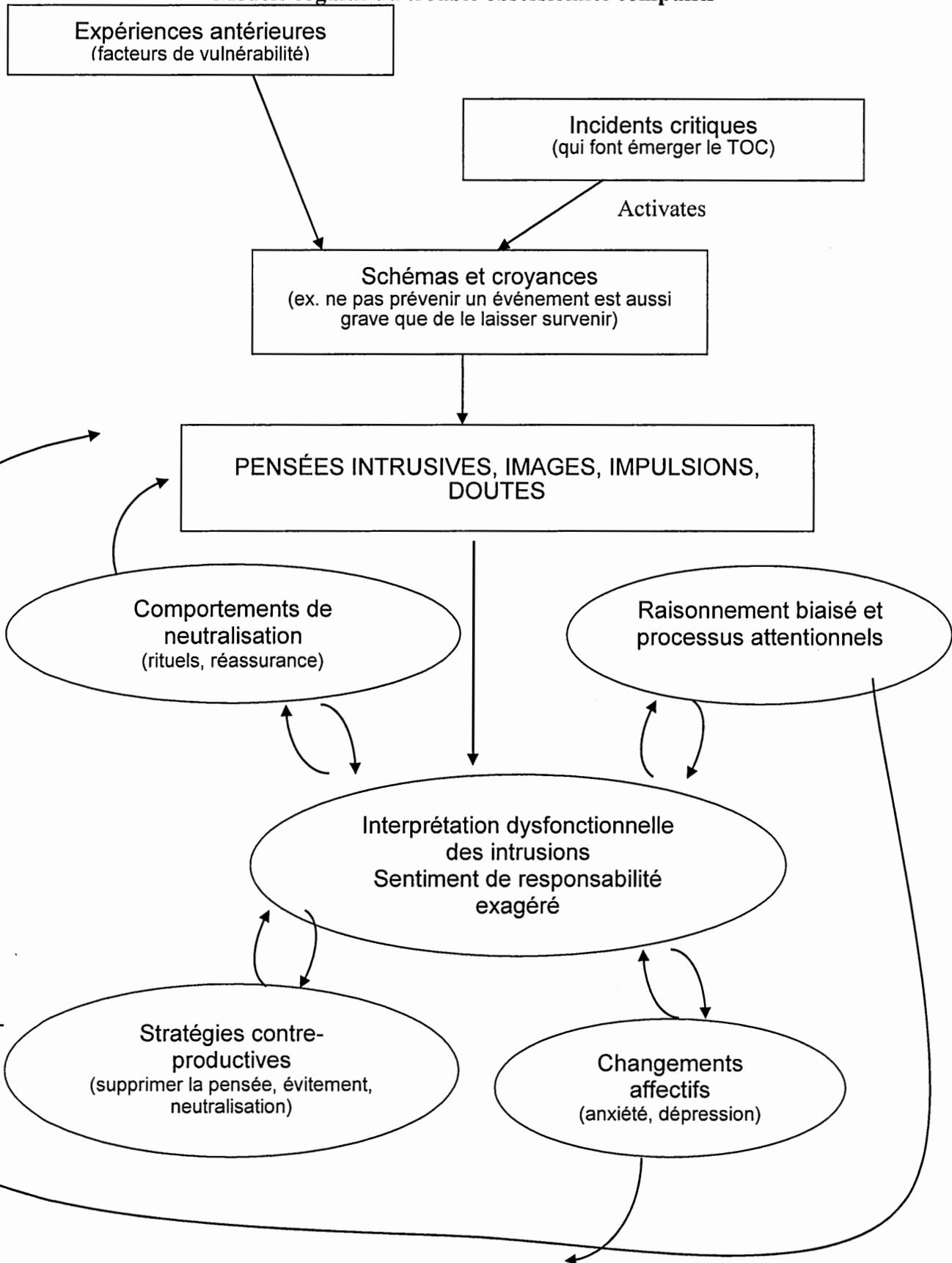
Modèle de Clark

Diagramme de la théorie du contrôle cognitif des obsessions



ANNEXE G

Modèle de Salkovskis

Modèle cognitif du trouble obsessionnel-compulsif

ANNEXE H

Modèle de Ladouceur
Modèle des obsessions